

UNIVERSIDAD DE PANAMA
VICERRECTORIA DE INVESTIGACIÓN Y POSTGRADO
FACULTAD DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE MAESTRIA EN PSICOLOGIA CLINICA

TITULO

**INVESTIGACIÓN PRE EXPERIMENTAL ACERCA DEL EFECTO
DEL PROGRAMA DE RECUPERACIÓN BREVE (PRB) PARA
SOBREVIVIENTES DE TRAUMA DE LA DRA EDNA B FOA Y EL
DR DAVID S RIGGS EN EL TRATAMIENTO AMBULATORIO
A MUJERES VICTIMAS DE VIOLENCIA ATENDIDAS EN EL
CENTRO PARA EL DESARROLLO DE LA MUJER (CEDEM)**

AUTOR

EZEQUIEL L G MEILIJ E






**TESIS PRESENTADA EN CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS PARA
OPTAR POR EL GRADO DE MAESTRÍA EN PSICOLOGIA CLÍNICA**

2011

10 MAR 2012

UNIVERSIDAD DE PANAMA
VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIÓN Y POSTGRADO

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

Programa de Maestria en	Psicología Clínica
Facultad de	Psicología
Numero de código	327 14 06-10-82
Nombre del estudiante	Ezequiel L G Melij Ezeiza
Cédula	E 8 81 703
Título que aspira	Maestria en Psicología Clínica
Tema de Tesis	Investigación pre-experimental acerca del efecto del Programa de Recuperación Breve (PRB) para Sobrevivientes de Trauma de la Dra Edna B Foa y el Dr David S Riggs en el tratamiento ambulatorio a mujeres víctimas de violencia atendidas en el Centro para el Desarrollo de la Mujer (CEDEM)
Resumen Ejecutivo	Se trata de un diseno de investigación pre-prueba pos prueba con un solo grupo en el que se medirá el efecto del Programa de Recuperacion Breve Para Sobrevivientes de Trauma en una muestra de mujeres victimas de violencia atendidas de manera ambulatoria en el CEDEM
Nombre del Asesor	Mgtr Fabio Bethancourt
Firma del Asesor	
Firma del Estudiante	
Aprobado por	
	Coordinador del Programa
	
	Director de Postgrado de la Vicerrectoria de Investigación y Postgrado
Fecha	

10 MAR 2012

Para mis padres por su apoyo
incondicional y por creer siempre en mí
Gracias

Agradecimientos

Agradezco profundamente el apoyo de las siguientes personas quienes hicieron posible la realizacion de este trabajo

Al Profesor Fabio Bethancourt por tomarme bajo su ala y guiarme en la realización de esta obra y por concederme el privilegio de ser mi Asesor de Tesis además de las muchas reuniones palabras de aliento y saber recordarme con una sonrisa mi tendencia a frustrarme fácilmente

A Ricardo Turner por su entusiasmo y guia en la implementación de este Programa en conjunto con el Profesor Fabio Bethancourt y por sus consejos opiniones y aportes que dieron forma al enfoque de este trabajo

Al Profesor Ricardo Monterrey por tomarse el tiempo que no sobraba para revisar el presente trabajo en su etapa de Anteproyecto y brindar sugerencias y correcciones

Al personal que labora en el CEDEM y a las valientes mujeres que participaron en este estudio y lo hicieron posible

Finalmente a toda mi familia por ser mi red de contención en este salto al vacío lleno de fe

Índice General

Resumen	1
Introducción	3
Capítulo 1 – Marco Teórico	
1 Marco Teórico	7
1 1 La Terapia Cognitiva	7
1 1 1 La Terapia Racional Emotiva Conductual de Albert Ellis	9
1 1 1 1 El Modelo T R E C	9
1 1 1 1 1 El A B C de la teoría	9
1 1 1 1 2 Las consecuencias (C)	10
1 1 1 1 3 Las cogniciones (B)	12
1 1 1 1 4 Las demandas	13
1 1 1 1 5 Las creencias irracionales habituales	15
1 1 1 1 6 Origen de las creencias irracionales	16
1 1 1 1 7 Los derivados	17
1 1 1 1 8 Los síntomas secundarios	17
1 1 1 1 9 Auto-aceptación versus autoestima	17
1 1 1 1 10 Encuadre filosófico humanista	18
1 1 1 2 Práctica de la T R E C	19
1 1 1 2 1 El proceso de cambio	19
1 1 1 2 2 Avenguar las creencias	21
1 1 1 2 3 Formas de discusión teórica	22
1 1 1 2 4 Los estilos	23
1 1 1 2 5 Los pasos del abordaje de las demandas	23
1 1 1 2 6 El ABC ampliado	24
1 1 1 2 7 Imaginación Racional Emotiva (IRE)	25
1 1 1 2 8 Role-playing y psicodrama	25
1 1 1 2 9 Las tareas de auto ayuda	26
1 1 1 2 10 Tres insights necesarios para el paciente	26
1 1 2 La Terapia Cognitiva (T C) de Aaron T Beck	27
1 1 2 1 El Modelo T C	27

1 1 2 1 1 El esquema básico	27
1 1 2 1 2 La disfuncionalidad	28
1 1 2 1 3 Las causas de los pensamientos disfuncionales	29
1 1 2 1 4 Las distorsiones cognitivas	30
1 1 2 1 5 Las estrategias y los esquemas	32
1 1 2 1 6 El origen de los esquemas	33
1 1 2 1 7 Cualidades o características de los esquemas	33
1 1 2 1 8 La trnada cognitiva	33
1 1 2 2 Práctica de la T C	34
1 1 2 2 1 Conceptos básicos y principios	34
1 1 2 2 2 Los principios	35
1 1 2 2 3 La estrategia	36
1 1 2 2 4 Estructura de las sesiones	37
1 1 2 2 5 Tareas de auto-ayuda (entre sesiones)	37
1 2 Trauma	38
1 2 1 Definiciones de trauma	39
1 2 1 1 Definición de trauma segun el CIE 10	39
1 2 1 2 Definición de trauma segun el DSM IV TR	39
1 2 2 Trastornos mentales asociados al trauma segun el DSM IV TR	40
1 2 2 1 Trastorno por estrés postraumático	40
1 2 2 1 1 Características diagnosticas	40
1 2 2 1 2 Especificación	44
1 2 2 1 3 Síntomas y trastornos asociados	44
1 2 2 1 4 Curso	45
1 2 2 1 5 Diagnostico diferencial	46
1 2 2 1 6 Criterios para el diagnóstico de Trastorno por estrés postraumático	47
1 2 2 2 Trastorno por estrés agudo	50
1 2 2 2 1 Características diagnosticas	50
1 2 2 2 2 Síntomas y trastornos asociados	51
1 2 2 2 3 Curso	52
1 2 2 2 4 Diagnóstico diferencial	53
1 2 2 2 5 Criterios para el diagnóstico de Trastorno por estres agudo	53

1 2 2 3	Trastorno Depresivo Mayor	55
1 2 2 3 1	Características diagnósticas	55
1 2 2 3 2	Curso	56
1 2 2 3 3	Criterios para el diagnóstico de Trastorno depresivo mayor episodio único	56
1 2 2 3 4	Criterios para el diagnóstico de Trastorno depresivo mayor recidivante	57
1 2 2 3 5	Criterios para el episodio depresivo mayor	59
1 3	Abordaje del trauma Intervenciones psicoterapéuticas (estudios e investigaciones recientes)	61
1 3 1	Terapia cognitivo-comportamental basada en la exposición	63
1 3 2	EMDR (Desensibilización y reprocesamiento por movimientos oculares)	65
1 3 3	Otras psicoterapias	66
1 3 4	Psicoterapia grupal	66
1 4	Violencia infligida contra la pareja	67
1 4 1	Violencia	67
1 4 1 1	Conceptualización de la violencia	67
1 4 1 1 1	Definición de la violencia	67
1 4 1 1 2	Clasificación de la violencia	69
1 4 1 1 2 1	Violencia dirigida contra uno mismo	69
1 4 1 1 2 2	Violencia interpersonal	70
1 4 1 1 2 3	Violencia colectiva	70
1 4 1 1 3	Las repercusiones de la violencia	72
1 4 1 1 4	Las raíces de la violencia un modelo ecológico	72
1 4 1 1 5	Del análisis a la acción	75
1 4 1 2	Las formas y los contextos de la violencia	76
1 4 1 2 1	Violencia interpersonal	77
1 4 1 2 1 1	Los jóvenes y la violencia	77
1 4 1 2 1 2	Violencia contra la pareja	80
1 4 1 2 1 3	Maltrato y abandono de menores por parte de padres y otros cuidadores	82
1 4 1 2 1 4	Maltrato de ancianos	83
1 4 1 2 1 5	Violencia sexual	85

1 4 1 2 1 6 La dinamica de la violencia interpersonal	87
1 4 1 2 2 Violencia autoinfligida	89
1 4 1 2 2 1 Magnitud del problema	89
1 4 1 2 2 2 La dinamica del suicidio	90
1 4 1 2 3 Violencia colectiva	91
1 4 1 2 3 1 La dinamica de los conflictos violentos	92
1 4 1 3 Prevencion de la violencia	93
1 4 1 3 1 Estrategias a nivel individual	94
1 4 1 3 2 Estrategias relacionales	96
1 4 1 3 3 Iniciativas de base comunitaria	97
1 4 1 3 4 Estrategias basadas en la sociedad	98
1 4 2 Violencia contra las mujeres	100
1 4 2 1 Definición	100
1 4 2 2 Violencia contra la mujer infligida por su pareja	101
1 4 2 2 1 Medición de la violencia física o sexual infligida por la pareja	101
1 4 2 2 2 Violencia física y violencia sexual	102
1 4 2 2 2 1 Gran diversidad en los datos sobre prevalencia	102
1 4 2 2 2 2 Actos gravedad y frecuencia de la violencia física	103
1 4 2 2 2 3 Violencia sexual	103
1 4 2 2 2 4 Superposición entre la violencia física y sexual infligida por la pareja	104
1 4 2 2 3 Factores que protegen a la mujer o la exponen a una situación de riesgo	104
1 4 2 2 3 1 Influencia que factores socio demográficos tales como la edad la situación de la pareja y la educación ejercen sobre la prevalencia del maltrato	105
1 4 2 2 3 1 1 Edad	105
1 4 2 2 3 1 2 Estado de la relación	106
1 4 2 2 3 1 3 Educacion	106
1 4 2 2 4 Maltrato psiquico infligido por la pareja	107
1 4 2 2 5 Comportamiento dominante	108
1 4 2 2 6 Actitud de la mujer ante la violencia	108

1 4 2 3 La violencia infligida por la pareja y la salud de la mujer	109
1 4 2 3 1 Lesiones derivadas de la violencia física	110
1 4 2 3 2 La violencia infligida por la pareja y la salud física	110
1 4 2 3 3 La violencia infligida por la pareja y la salud mental	111
1 4 2 3 4 La violencia infligida por la pareja y la salud reproductiva	111
1 4 2 3 4 1 Violencia durante el embarazo	111
1 4 2 3 4 2 Abortos espontáneos o inducidos	112
1 4 2 4 Defensa y respuesta contra la violencia infligida por la pareja	113
1 4 2 4 1 ¿A quién cuentan las mujeres su experiencia violenta?	113
1 4 2 4 2 ¿Quién trata de ayudar?	114
1 4 2 4 3 ¿A qué instituciones o autoridades se dirigen las mujeres?	114
1 4 2 4 3 1 ¿Por qué buscan ayuda las mujeres o por qué no la buscan?	115
1 4 2 4 4 ¿Se defienden las mujeres con violencia?	116
1 4 2 4 5 Abandonar a una pareja violenta o seguir con ella	116
1 4 2 4 5 1 ¿Por qué regresan las mujeres?	117
1 5 Síntesis Interrelaciones entre las distorsiones cognitivas el trauma y los trastornos mentales asociados al mismo y la violencia	117
Capítulo 2 – Marco Metodológico	
2 Marco Metodológico	119
2 1 Planteamiento del problema	119
2 2 Justificación	120
2 3 Preguntas de investigación	121
2 4 Objetivos generales	122
2 5 Objetivos específicos	122
2 6 Hipótesis	123
2 6 1 Hipótesis de investigación	123
2 6 1 1 Hipótesis de investigación # 1	123
2 6 1 2 Hipótesis de investigación # 2	123
2 6 1 3 Hipótesis de investigación # 3	124
2 6 2 Hipotesis estadísticas	124
2 6 2 1 Hipótesis estadística # 1	124
2 6 2 2 Hipótesis estadística # 2	124

2 6 2 3 Hipótesis estadística # 3	125
2 7 Diseño de la investigación	125
2 8 Definición de las variables	126
2 8 1 Definición conceptual de la variable independiente	126
2 8 2 Definición operacional de la variable independiente	126
2 8 3 Definición conceptual de la variable dependiente	129
2 8 3 1 Síntomas del Trastorno de Estrés Post traumático	130
2 8 3 2 Malestar	130
2 8 3 3 Depresión	130
2 8 4 Definición operacional de la variable dependiente	131
2 8 4 1 Niveles de síntomas del Trastorno de Estrés Post traumático medido como las calificaciones de la Escala de síntomas del Trastorno de Estrés Post traumático (PTSD Symptom Scale PSS)	131
2 8 4 2 Niveles subjetivos de malestar medido como las calificaciones de la Escala de Unidades Subjetivas de Malestar	132
2 8 4 3 Niveles de depresión medido como las calificaciones del Inventario de Depresión de Beck	132
2 9 Población y muestra	132
2 9 1 Población (Universo de estudio)	132
2 9 2 Muestra	133
2 10 Criterios de inclusión	133
2 11 Criterios de exclusión	134
2 12 Instrumentos y técnicas de medición	134
2 12 1 Escala de síntomas del Trastorno de Estrés Post traumático (PTSD Symptom Scale – PSS)	135
2 12 2 Escala de Unidades Subjetivas de Malestar (Subjective Units of Distress Scale – SUDS)	137
2 12 3 Inventario de Depresión de Beck (Beck Depression Inventory BDI)	137
2 13 Métodos de intervención	139
2 14 Procedimiento estadístico	150
2 15 Métodos para el control y calidad de los datos	151

2 16 Procedimientos para garantizar los aspectos éticos en las investigaciones con sujetos humanos	152
2 17 Pre-validación del Programa de Recuperación Breve (PRB) para Sobrevivientes de Trauma para su uso aplicación y validación a Panamá	153
Capítulo 3 – Análisis de los Resultados	
3 Análisis de los resultados	157
3 1 Hipótesis estadística # 1	157
3 2 Hipótesis estadística # 2	160
3 3 Hipótesis estadística # 3	163
3 4 Conceptualización de casos	167
3 4 1 Sujeto # 1	168
3 4 2 Sujeto # 2	173
3 4 3 Sujeto # 3	177
3 4 4 Sujeto # 4	181
3 4 5 Sujeto # 5	186
3 4 6 Sujeto # 6	192
3 4 7 Sujeto # 7	198
3 4 8 Sujeto # 8	203
3 4 9 Sujeto # 9	208
3 4 10 Sujeto # 10	214
3 4 11 Sujeto # 11	219
3 4 12 Sujeto # 12	224
Conclusiones	230
Recomendaciones	233
Bibliografía	234
Anexos	
Anexo # 1 Entrevista del Evento traumático	238
Anexo # 2 Escala de síntomas del Trastorno de Estrés Post traumático	245
Anexo # 3 Folleto Reacciones Comunes del Evento traumático	246
Anexo # 4 Folleto de Respiración calmada	250
Anexo # 5 Entrenamiento de Relajación muscular Profunda	251

Anexo # 6	Formulario de Jerarquías para el Acercamiento a Situaciones Seguras	255
Anexo # 7	Modelo para el Acercamiento Gradual a Situaciones Seguras	256
Anexo # 8	Escala de Unidades subjetivas de malestar	257
Anexo # 9	Recuento del Trauma Formulario de Registro de EUSM	258
Anexo # 10	Inventario de Depresión de Beck	259
Anexo # 11	Herramienta de Evaluación / Historia Psicológica	261

Resumen

El objetivo de la investigación es verificar los efectos del Programa de Recuperación Breve (PRB) para Sobrevivientes de Trauma de la Dra Edna B Foa y el Dr David S Riggs en el tratamiento ambulatorio a mujeres víctimas de violencia atendidas en el Centro para el Desarrollo de la Mujer (CEDEM). Se realizó un estudio de diseño pre-experimental de grupo único asignado de forma no aleatoria de mujeres víctimas de violencia atendidas de manera ambulatoria en el CEDEM con prueba previa y posterior. La intervención fue llevada a cabo dentro de las instalaciones del CEDEM con una duración de 10 sesiones de 60 minutos cada una por un periodo de 5 semanas (2 sesiones semanales). Se aplicó un paquete de escalas e inventarios psicológicos a cada participante del estudio una semana antes de la primera sesión de tratamiento y una semana posterior a la última sesión. Se utilizó una prueba t para muestras independientes como el estadístico de prueba para determinar el cambio de una variable en dos momentos (pre y post intervención). **Resultados obtenidos:** Tras la aplicación de la intervención mediante el PRB, las víctimas de violencia doméstica atendidas mostraron una disminución estadísticamente significativa de sus niveles de síntomas del Trastorno de Estrés Post-traumático, depresión y malestar.

Summary

The following investigation seeks to verify the effects of Dr Edna B Foa and Dr David S Riggs Brief Recovery Program (BRP) for Trauma Survivors in the ambulatory treatment of women who have been victims of violence and who have been attended in

*CEDEM (Center for the Development of Women) This is a pre-experimental type of research design with a unique group with a non aleatory assignment formed by female violence victims attended in CEDEM with pre-test and post test The intervention was carried out within the facilities of CEDEM with duration of 10 sixty minute sessions for a period of 5 weeks (2 weekly sessions) A package of scales and psychological inventories was applied to each participant of the study one week before the first session of treatment and one week after the last session A "t" test for dependent means was the method used to determine change of a variable at two moments (pre and post intervention) **Results** After application of the intervention using the BRP with domestic violence victims these showed a statistically significant decrease in the levels of Post traumatic stress disorder symptoms depression and distress present pre-intervention*

Introducción

La violencia contra la mujer se ha convertido en una ocurrencia común con secuelas emocionales cognitivas físicas y comportamentales para las víctimas y sus familiares

El trauma producido por este fenómeno puede ser asociado a mayor morbilidad y mortalidad para esta población

La situación de violencia se convierte en un estresante psicosocial identificable que conduce al desarrollo de síntomas emocionales o comportamentales produciendo un acusado malestar superior al esperable dado la naturaleza del estresante y/o un detenimiento significativo de la actividad social o profesional (o académica)

Adicionalmente de no recibir la víctima atención terapéutica el nivel de violencia puede escalar hasta el femicidio

El interés personal de abordar esta temática surge ante la posibilidad de participar en la validación del Programa de Recuperación Breve (PRB) para Sobrevivientes de Trauma de la Dra Edna B Foa y el Dr David S Riggs y aplicar el mismo en el tratamiento de las mujeres víctimas de violencia doméstica que acuden al Centro para el Desarrollo de la Mujer (CEDEM) en busca de apoyo y contención psicológico. Esto presenta la oportunidad de lograr un impacto no solamente de carácter científico sino también humano y social procurando demostrar la efectividad de la Terapia Cognitiva en el tratamiento del trauma y brindando a las víctimas nuevas herramientas de afrontamiento

para mejorar su salud mental y emocional prevenir las recaídas y mejorar su calidad de vida

En el capítulo 1 Marco Teórico se conceptualiza la Terapia Cognitiva definiendo la teoría y práctica de la Terapia Racional Emotiva Conductual (T R E C) de Albert Ellis y de la Terapia Cognitiva (T C) de Aaron T Beck Se presentan definiciones de trauma y se abordan los diversos trastornos mentales asociados al mismo y las intervenciones psicoterapéuticas (estudios e investigaciones) más recientes La violencia y sus diversas manifestaciones son conceptualizadas y definidas desde sus aspectos más macro a fin de comprender el por qué del comportamiento violento en general así como definir las características y manifestaciones propias de la violencia ejercida contra la mujer sus causas y consecuencias tanto a nivel individual e intrafamiliar como sus repercusiones sociales y legales

En el capítulo 2 Marco Metodológico se expone la metodología abarcando el planteamiento del problema justificación del estudio preguntas de investigación objetivos generales y específicos hipótesis diseño de investigación definición de variables población y muestra criterios de inclusión y exclusión instrumentos y técnicas de medición método de intervención procedimiento estadístico métodos para el control y calidad de datos y los procedimientos para garantizar aspectos éticos de la investigación con sujetos humanos

En el capítulo 3 Análisis de los Resultados se explican los resultados de la investigación se exponen tablas gráficos y se conceptualizan los casos del grupo de estudio

Finalizando se desarrollan las Conclusiones y Recomendaciones derivadas de los resultados obtenidos en la investigación

CAPITULO 1

MARCO TEÓRICO

1 Marco Teórico

1.1 La Terapia Cognitiva

En el año 1956 el Dr. Albert Ellis inicia una nueva corriente en psicoterapia que hoy se conoce con el nombre de Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC). Algunos años después, en 1962, el Dr. Aaron T. Beck inicia una nueva propuesta en psicoterapia que denomina Terapia Cognitiva (TC) que adquiere gran prestigio por su eficacia para enfrentar la depresión y la ansiedad. Ambas corrientes, junto con nuevos desarrollos y otras nuevas orientaciones integradoras conductuales y sociales, están comprendidas en lo que se denomina la corriente cognitiva conductual en psicoterapia.

El paradigma de la psicología cognitiva y de las terapias cognitivas consiste en el principio de la mediación cognitiva. Sintéticamente, la reacción o respuesta emotiva o conductual ante una situación o estímulo está mediada por el proceso de significación o evaluación en relación a los objetivos, metas y deseos de cada persona.

Las estructuras cognitivas, generalmente denominadas esquemas, que dan lugar a las evaluaciones y a las respuestas, son el resultado de predisposiciones genéticas y del aprendizaje generado a través de las experiencias vividas, propias de cada persona.

Por lo tanto, toda terapia dentro de esta óptica implicará una modificación de estas estructuras con el consiguiente cambio de las evaluaciones que logrará una modificación de las respuestas (emotivas y/o conductuales) del consultante. De esta

manera sin desconocer el enfoque médico biológico de los trastornos sino sumándose al mismo este modelo psicoterapéutico aporta al proceso de cambio el concepto de reaprendizaje

El enfoque cognitivo conductual es cada año más dominante entre las propuestas psicoterapéuticas y su eficacia en la práctica clínica es cada vez más reconocida en las investigaciones sobre diversos trastornos tales como depresión adicciones ansiedad trastorno de angustia agorafobia fobia social disfunciones sexuales etc así como sobre muchos problemas tales como la violencia la ira los conflictos de pareja etc

Algunas de las características prácticas más destacadas de este modelo psicoterapéutico son

- Su brevedad
- Su centrado en el presente en el problema y en su solución
- Su carácter preventivo de futuros trastornos
- Su estilo de cooperación entre paciente y terapeuta
- La importancia de las tareas de auto-ayuda a realizarse entre sesiones

Este enfoque apunta al acceso a estructuras muy profundas y a su modificación con resultados comprobados y perdurables

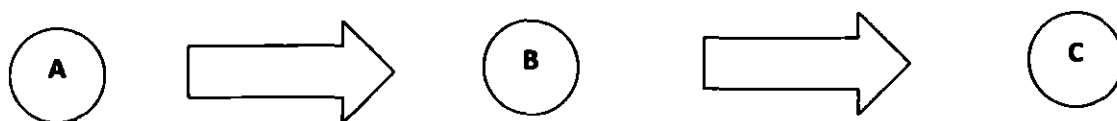
1 1 1 La Terapia Racional Emotiva Conductual de Albert Ellis

1 1 1 1 El Modelo T R E C

1 1 1 1 1 El A B-C de la teoría

Ellis citado por J. Camerini (2004) considera que el núcleo de su teoría está representado por una frase atribuida al filósofo estoico griego Epicteto: Las personas no se alteran por los hechos sino por lo que piensan acerca de los hechos. Ellis resume su teoría en lo que denomino el ABC recordando que entre A y C siempre está B.

Figura #1



A (Activating Event) representa el acontecimiento activador: suceso o situación. Puede ser una situación o acontecimiento externo o un suceso interno (pensamiento, imagen, fantasía, conducta, sensación, emoción, etc.).

B (Belief System) representa en principio al sistema de creencias, pero puede considerarse que incluye todo el contenido del sistema cognitivo (pensamientos,

recuerdos imágenes supuestos inferencias actitudes atribuciones normas valores
esquemas filosofía de vida etc)

C (Consequence) representa la consecuencia o reacción en ocasión de la situación

A Las C pueden ser de tipo

- Emotivo (emociones)
- Cognitivo (pensamientos)
- Conductual (acciones)
- Físico o fisiológico (somatizaciones o reacciones psicósomáticas)

1 1 1 1 2 Las consecuencias (C)

Con respecto a las consecuencias la TREC distingue entre las apropiadas
("funcionales o no perturbadas) y las inapropiadas (disfuncionales perturbadas o
auto-saboteadoras)

Las emociones son necesarias porque cumplen tres funciones en las personas

- Las emociones nos informan de diversos desequilibrios en nuestra vida
- Las emociones generan la motivación y el impulso o energía necesarios para
actuar superando las situaciones negativas o desequilibrios detectados
- Las emociones son medios de comunicación para informar a los que nos rodean
sobre nosotros nuestros deseos y/o intenciones

De acuerdo con J. Camerini (2004) ante cada situación reaccionamos con emociones y conductas que dependen de nuestra interpretación sobre ella. Algunas reacciones son más apropiadas o funcionales que otras para lograr nuestras metas. La calificación de una reacción como más o menos apropiada o funcional dependerá de dos consideraciones:

- Que la intensidad sea acorde a la situación con referencia a la cual se genera
- Que favorezca
 - Preservar la vida
 - Preservar la salud
 - Evitar el sufrimiento
 - Resolver el problema
 - Lograr las metas u objetivos de la persona

Las emociones (o conductas) inapropiadas se caracterizan por:

- Causar un sufrimiento innecesario o desproporcionado con respecto a la situación
- Llevar (o implicar) comportamientos auto-saboteadores (contrarios a los propios intereses u objetivos)
- Dificultar (o impedir) la realización de las conductas necesarias para lograr los objetivos propios
- Estar asociadas a creencias irracionales

1 1 1 1 3 Las cogniciones (B)

Con respecto a las cogniciones para una mejor comprensión de sus conceptos Ellis y Dryden citados por J. Camerini (2004) ejemplifican algunas de ellas

- Observaciones (no evaluadoras) que se limitan a lo observado El hombre está caminando
- Inferencias (no evaluadoras) que incorporan hipótesis o supuestos que pueden ser acertados o erróneos El hombre que está caminando intenta llegar a la oficina
- Evaluaciones preferenciales (creencias racionales) Me gustaria tener pareja
- Evaluaciones demandantes (creencias irracionales) Necesito absolutamente tener pareja

Las evaluaciones demandantes se caracterizan por su rigidez e intolerancia a la frustración

Es importante diferenciar las inferencias de las creencias ya que

- Las inferencias pueden ser acertadas (ajustadas a la realidad) o erróneas
- Las creencias pueden ser racionales o irracionales

Una creencia irracional se caracteriza por

- Ser lógicamente inconsistente (partir de premisas falsas o resultar de formas incorrectas de razonamiento)
- Ser inconsistente con la realidad (no concordante con los hechos distinto a lo observable)
- Ser dogmática absolutista expresada con demandas (en vez de preferencias o deseos)
- Conducir a emociones (o conductas) inapropiadas o auto saboteadoras
- No ayudar (o impedir) el logro de los objetivos de la persona

1 1 1 1 4 Las demandas

Ellis descubrió que habitualmente los pacientes se perturbaban por tener pensamientos que se basaban en una actitud demandante. Esta se evidenciaba cuando debajo de otros pensamientos aparecía alguno que expresaba una demanda o exigencia absolutista rígida o intolerante. Estas demandas pueden estar dirigidas hacia el mundo, hacia otras personas o hacia nosotros mismos, lo que se conoce como la triada cognitiva.

Estas demandas están expresadas por frases tales como

- Yo debería
- Yo necesito
- El tiene que
- El no debe

- No soporto que
- Es inadmisibile que

Ellis denominó a las demandas absolutistas creencias irracionales. Más allá de las palabras que se elijan para expresar los pensamientos, lo importante es la actitud. No es lo mismo desear que algo sea de una manera que pretender absolutamente que las cosas siempre sean de esa manera.

No es lo mismo desear y hacer lo posible para que ciertas normas se cumplan, que exigir o demandar que siempre el mundo y las personas actúen de acuerdo a esas normas. No es lo mismo luchar para alcanzar ciertas metas y logros que exigir o demandar que absolutamente siempre se deban cumplir.

En cuanto a las normas, fueron hechas para luchar contra ciertas tendencias naturales que inevitablemente siguen y seguirán apareciendo. Aceptar la realidad es el primero y único paso posible para tratar de modificarla o adaptarnos a ella. La intolerancia a la frustración no cambia la realidad.

La alternativa es una actitud preferencial, consistente en desear y luchar para lograr metas y deseos, pero aceptar que algunos pueden no cumplirse y adaptarse a la realidad que no se puede modificar. Se trata de cambiar una demanda por un deseo o preferencia.

1 1 1 1 5 Las creencias irracionales habituales

Ellis enuncia las siguientes 11 creencias irracionales que incluyen demandas y otros supuestos que considera los más característicos de los pacientes de acuerdo a su experiencia clínica

- 1 Los humanos adultos tienen una imperiosa necesidad de ser amados o aprobados por toda otra persona significativa en su comunidad
- 2 Uno debe absolutamente ser competente adecuado y exitoso en todas las cosas importantes o caso contrario uno es una persona inadecuada o inservible
- 3 Las personas deben absolutamente actuar honradamente y consideradamente y si no lo hacen son unos villanos condenables La gente es sus actos malos
- 4 Es tremendo y horrible cuando las cosas no son exactamente como uno desearía ardientemente que fueran
- 5 Las perturbaciones emocionales son causadas externamente y las personas tienen poca o ninguna capacidad para aumentar o disminuir sus sentimientos y conductas disfuncionales
- 6 Si algo es o puede ser peligroso o temible uno debe estar constante y extremadamente preocupado por ello y seguir haciendo hincapié en la posibilidad de que ocurra
- 7 Uno no puede enfrentar las responsabilidades y dificultades de la vida y es más fácil evitarlas

- 8 Uno debe ser completamente dependiente de los otros y necesitarlos y uno principalmente no puede conducir su propia vida
- 9 Nuestra historia pasada es un importante total determinante de nuestra conducta actual y si algo ha afectado alguna vez fuertemente nuestra vida deberá tener indefinidamente similar efecto
- 10 Las perturbaciones de las otras personas son horribles y uno debe sentirse sumamente alterado por ellas
- 11 Invariablemente existe una correcta precisa y perfecta solución para los problemas humanos y es tremendo si no se puede encontrar

Ellis observa que todas las demandas absolutistas pueden agruparse en tres clases

- Demandas sobre uno mismo (yo debo o yo necesito)
- Demandas sobre los otros (él debe o "tu debes)
- Demandas sobre el mundo (el mundo o la vida debe)

1 1 1 1 6 Origen de las creencias irracionales

Segun J. Camerini (2004) si bien Ellis reconoce la influencia cultural y parental en la transmisión de los valores metas y normas de conducta que dan pie a las creencias le asigna importancia también a lo que considera una tendencia natural e innata de los seres humanos consistente en ser altamente influenciados por esos mensajes y a transformarlos creativamente en demandas rígidas y absolutistas

1 1 1 1 7 Los derivados

Las creencias irracionales nucleares (demandas absolutistas) traen aparejadas

- La *tremendización* o exageración del daño o significado del hecho
- La *no-soport itis* o baja tolerancia a la frustración (BTF)
- La *condena global* de uno mismo de otras personas o del mundo

1 1 1 1 8 Los síntomas secundarios

La teoría también considera las C secundarias y terciarias (consecuencias o síntomas secundarios y terciarios) El concepto se basa en que a veces una emoción o conducta puede ser percibida por la persona como un acontecimiento secundario y de acuerdo a lo que piense sobre el generar otra emoción o conducta secundaria De la misma manera pensando sobre el síntoma secundario se puede llegar a uno terciario y así sucesivamente

1 1 1 1 9 Auto-aceptación versus autoestima

Respecto al concepto de autoestima Ellis considera que implica una auto-evaluación o calificación en una escala de valores que se origina a partir de

- Nuestros éxitos o fracasos con relación a metas o ideales

- Las opiniones (reales o supuestas) de otras personas (en especial las significativas) sobre nosotros

Esto resulta una fuente de trastornos ya que puede conducir tanto a una sobrevaloración insostenible como a una desvalorización peligrosa ante los fracasos o rechazos. Además, es un concepto irracional por cuanto

- Nadie tiene éxito en todo ni fracasa en todo y es imposible asignar un valor general a una persona como tal
- Lo apropiado es calificar a las acciones y no a las personas
- La opinión de otros no puede modificar lo que realmente somos

Como alternativa, Ellis propone el concepto de autoaceptación consistente en algo que podría llamarse el amor incondicional a nosotros mismos: querernos y valorarnos por el hecho de existir, sin calificarnos en ninguna escala de valores.

1.1.1.1.10 Encuadre filosófico humanista

La orientación humanista de la TREC se destaca por

- El reconocimiento y aceptación de las personas como humanos falibles
- La ubicación del hombre en el centro de su universo, es decir, como el principal responsable de alterarse o no

1 1 1 2 Práctica de la T R E C

1 1 1 2 1 El proceso de cambio

J Camerni (2004) indica que el tema central en la teoría y práctica del cambio en la TREC es el descubrimiento y refutación de las creencias perturbadoras (irracionales) para reemplazarlas por otras funcionales y más eficaces (racionales) Emplea todos los recursos posibles dentro de las sesiones y afuera de las mismas pudiendo estos abarcar las áreas cognitiva emotiva o conductual asociadas al pensamiento disfuncional a modificar

No se pretende cambiar todas las creencias irracionales sino las que se detecten como causantes de las emociones o conductas disfuncionales que el cliente desea modificar

El concepto de terapia y el consecuente estilo de la TREC corresponden a un modelo educativo porque se piensa en un aprendizaje (o re-aprendizaje) más apropiado o útil para lograr conductas más eficaces para el logro de los objetivos de la persona

Para la TREC el cambio es posible especialmente si se internalizan tres conceptos importantes

- Los acontecimientos pasados o presentes no causan las emociones o conductas disfuncionales sino nuestro sistema de creencias

- Independientemente de la manera en que nos hayamos perturbado en el pasado ahora nos estamos perturbando principalmente porque seguimos adoctrinándonos con nuestras creencias irracionales
- A la larga nosotros podremos superar nuestras perturbaciones principalmente trabajando dura y reiteradamente en refutar nuestras creencias irracionales y sus consecuencias

La TREC pone especial énfasis en la importancia de los recursos destinados al cambio que se realizan durante el tiempo que transcurre entre las sesiones y que se denominan tareas de auto-ayuda. Estas son planificadas y determinadas de común acuerdo entre el terapeuta y el paciente antes de finalizar cada sesión para ser realizadas durante el tiempo entre sesiones.

Se propone para lograr un cambio duradero y amplio un cambio filosófico profundo consistente en pasar de una filosofía de vida demandante a una preferencial. Para lograr el cambio la TREC presta atención a la forma de conocimiento científico y de cambio de paradigmas que considera semejante a la construcción de esquemas y a los requisitos o condiciones necesarias para modificarlos.

Se considera más eficaz profundo y de mayor alcance un cambio que modifique una creencia irracional antes que una inferencia errónea. Este concepto no se refiere solamente a la preferencia sino también a la precedencia temporal primero las creencias y después las inferencias.

En el caso de detectarse consecuencias secundarias también disfuncionales la táctica recomendada será comenzar por atender a la modificación de las mismas antes de las primarias

1.1.2.2. Averiguar las creencias

En el proceso terapéutico un paso importante es averiguar cuáles son las creencias que causan las perturbaciones. Algunas formas posibles de hacerlo son las siguientes:

- Darse cuenta inducido
 - El terapeuta refuta las inferencias y en el debate el cliente empieza a descubrir las creencias subyacentes y termina por expresarlas
- Interpretación por inducción
 - El terapeuta agrupa las inferencias, saca conclusiones y las propone
¿Le parece que...?
- Encadenamiento de inferencias
 - Si fuera verdad su inferencia ¿Qué significaría eso? ¿Y entonces? ¿y eso significaría que...? etc*
- Evaluación guiada por hipótesis
 - Cuando el cliente se está esforzando y no logra expresar su creencia, el terapeuta genera su hipótesis y le pregunta *¿es posible que...?*

1 1 1 2 3 Formas de discusión teórica

- *Lógicamente* Buscando la coherencia lógica o deductiva de lo aseverado
- *Empíricamente* Buscando la verificación en los hechos en la realidad de que sucede lo enunciado
- *Pragmáticamente* Comprobando si la ley o el pensamiento (creencia) sostenido sirve o si es útil para encarar las situaciones o resolverlas satisfactoriamente o si es inútil o contraproducente y es causante del trastorno o empeoramiento
Aquí cabe preguntarse sobre las consecuencias de esta creencia o forma de pensar
- *Encontrando una nueva creencia* que reúna los requisitos anteriores

Otras formas de refutación son de tipo

- *Emotivo* (mediante experiencias emotivas dramatizaciones etc)
- *Conductual* (a través de experiencias prácticas)

Estas pueden ser

- *Durante la sesión* ejercicios experimentos imaginación racional emotiva role-playing psicodrama etc
- *Entre sesiones* con tareas de auto-ayuda o tareas para el hogar

1 1 1 2 4 Los estilos

Para la discusión o refutación de las creencias el terapeuta puede utilizar diversos estilos

- *Estilo Socrático* Lleva a las conclusiones a través de preguntas orientadas
- *Estilo Didáctico* Brinda información explicación etc
- *Estilo Humorístico* Muestra la evidencia a través de lo cómico de una creencia irracional
- *Estilo Auto-revelador* Ilustra argumentos con ejemplos de su propia experiencia de su vida personal
- *Estilo Metafórico* Ilustra conceptos con metáforas (*Es como si*) referidas a temas que resultan familiares al cliente

1 1 1 2 5 Los pasos del abordaje de las demandas

Para abordar y refutar las demandas es necesario cumplir los siguientes pasos

- 1 Establecer el vínculo definir el/los problema/s y acordar el/los objetivo/s
- 2 Elegir por cual problema empezar
- 3 Determinar y evaluar A y C
- 4 Explicar la relación A-B-C si el paciente lo necesita
- 5 Evaluar si hay C secundarias
- 6 Determinar B

- 7 Mostrar la relación entre B y C hallados
- 8 Refutar las B irracionales
- 9 Refutar auto-condena y condenas globales (si hubieran)
- 10 Determinar la E (la B racional y eficaz)
- 11 Enfatizar la importancia y necesidad de las tareas de auto-ayuda
- 12 Analizar y prevenir contingencias y resistencias en las tareas
- 13 Acordar las tareas de auto ayuda a realizar
- 14 Solicitar *feed-back* y conclusiones

1.1.1.2.6 El ABC ampliado

Teniendo en cuenta el proceso terapéutico Ellis propone la ampliación del modelo ABC que puede presentarse como ABCDEF. Las nuevas letras representan

- **D (*disputing*)** La discusión de las creencias o refutación de las creencias irracionales
- **E (*effective belief*)** La incorporación de una nueva creencia de carácter eficaz funcional y saludable (racional)
- **F (*feeling*)** El nuevo sentimiento o emoción luego de haber modificado las creencias

1 1 1 2 7 Imaginación Racional Emotiva (IRE)

Acorde a J Camerini (2004) consiste en hacer que el cliente imagine la situación que le perturba hasta desarrollar la misma emoción. Se le pide seguir vivenciando la situación modificando su sentimiento hasta llegar a uno más moderado apropiado o funcional. La experiencia permite al cliente descubrir:

- Que para modificar sus sentimientos (C) tuvo que modificar lo que pensaba (B) sobre el acontecimiento (A)
- Qué pensamientos tenía antes y qué pensamientos tuvo después (que le permitieron una reacción y emoción apropiadas)
- Su comprobada capacidad de realizar ese cambio de pensamientos para lograr no trastornarse

1 1 1 2 8 Role playing y psicodrama (J Camerini 2004)

La actuación dramática es un estado intermedio entre la fantasía y la realidad. La modalidad es ficticia pero la experiencia emotiva es muy real. La modalidad ficticia nos permite hacer cosas que aun se encuentran fuera de nuestro alcance en la vida real (expresar emociones temidas, cambiar patrones de conducta, revivir experiencias pasadas). La experiencia emotiva real nos permite conectarnos con los pensamientos que generan dichas emociones y también ensayar nuestras conductas posibles en condiciones emotivas equivalentes a las reales en las situaciones representadas.

1 1 1 2 9 Las tareas de auto-ayuda (J Camerini 2004)

La prescripción de tareas para el hogar es un elemento habitual de la TREC. El objetivo específico de la asignación de tareas puede ser entre otros

- Cambiar una conducta disfuncional o establecer una adecuada
- Reducir los pensamientos irracionales y reemplazarlos por otros más útiles
- Determinar qué tan bien ha entendido el cliente los principios básicos de la TREC
- Generar un hábito de afrontamiento de las situaciones que le permita una respuesta emotiva y conductual funcional

Entre las diversas tareas de auto ayuda se incluyan aquellas orientadas a leer escuchar escribir imaginar pensar relajarse o distraerse y hacer. Estas tareas son el corazón del proceso terapéutico y representan la profundización de lo descubierto en la evaluación y discusión de las creencias irracionales para lograr un cambio real y perdurable.

1 1 1 2 10 Tres “insights” necesarios para el paciente

Para el éxito terapéutico se requieren tres insights del paciente. Son los siguientes:

- Las personas no se perturban por los acontecimientos sino por lo que piensan sobre los acontecimientos

- Podemos modificar nuestras formas habituales de reaccionar ante determinadas situaciones
- Para lograr el cambio necesito aportar mi esfuerzo y tener perseverancia

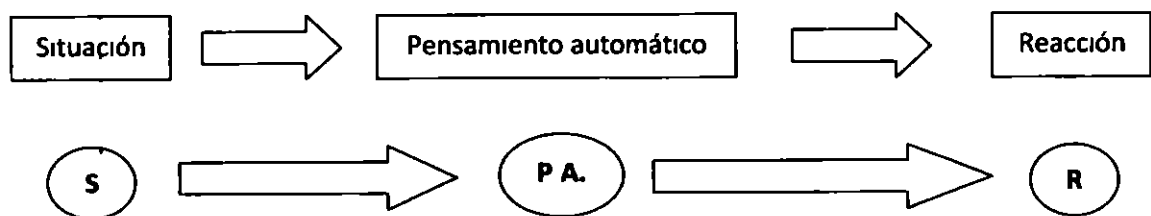
1 1 2 La Terapia Cognitiva (T C) de Aaron T Beck

1 1 2 1 El Modelo T C

1 1 2 1 1 El esquema basico

La Terapia Cognitiva esta basada en el modelo cognitivo que postula que las emociones y conductas de las personas están influidas por su percepción de los eventos

Figura #2



Las *reacciones* pueden ser Emotivas Conductuales o Fisiológicas. Los *pensamientos automáticos* son los pensamientos evaluativos rápidos y breves que no suelen ser el resultado de una deliberación o razonamiento sino más bien parecen brotar automáticamente.

Los pensamientos automáticos surgen de las *creencias*. Estas creencias son ideas que son tomadas por la persona como verdades absolutas.

Las creencias más centrales o *creencias nucleares* son interpretaciones tan fundamentales y profundas que las personas frecuentemente no las expresan ni aun a sí mismas o no tienen clara conciencia de ellas. Estas creencias nucleares desarrolladas desde la infancia consisten en definiciones, evaluaciones o interpretaciones de sí mismos, de las otras personas y de su mundo.

Las creencias nucleares representan el nivel más profundo, fundamental, rígido y global de interpretación que influye en los otros niveles. Los pensamientos automáticos representan el nivel más superficial de cogniciones. Entre ambos niveles están las *creencias intermedias*. Las creencias intermedias están constituidas por

- Reglas (normas)
- Actitudes
- Supuestos

1.1.2.1.2 La disfuncionalidad

Se consideran disfuncionales a los pensamientos que

- Distorsionan la realidad
- Son causa de perturbación emocional (emociones disfuncionales)

- Interfieren con la capacidad del paciente para lograr sus metas

Los pensamientos se pueden evaluar en función de dos conceptos

- Su validez (ajuste a la realidad)
- Su utilidad o consecuencias (concepción pragmática)

Un pensamiento puede ser disfuncional por uno o más de los siguientes criterios

- No coinciden con los hechos observables (realidad)
- Aunque se ajustan a la realidad en la observación incluyen *conclusiones erróneas*
- Generan *consecuencias* disfuncionales indeseables o que dificultan o impiden el logro de los objetivos de la persona

1.1.2.1.3 Las causas de los pensamientos disfuncionales

Observa J. Camerini (2004) que en principio la terapia cognitiva tiene una visión integrada del origen o causa de los esquemas y respuestas inadaptadas. Las causas genéticas y orgánicas se suman a las experiencias vividas, el entorno y el aprendizaje social. Esta teoría reconoce en las personas la predisposición a determinadas formas de distorsión cognitiva (*vulnerabilidades cognitivas*) que a su vez predisponen a determinados síndromes.

1.1.2.1.4 Las distorsiones cognitivas

Las distorsiones cognitivas mas frecuentes son las siguientes de acuerdo a los psicólogos R. Branch y R. Willson (2006)

- 1 Pensamiento de todo o nada (pensamiento dicotómico o en blanco y negro)** Se refiere a ver los eventos o las personas bajo la lupa del todo o nada (Ejemplo: Toda esta relación fue una porquería)
- 2 Adivinación del futuro (catastrofización)** El sujeto predice que las cosas van a ponerse peor o algún peligro está por llegar (Ejemplo: ¿Para qué estudiar si voy a fracasar?)
- 3 Descalificar o descartar lo positivo** Consiste en atribuir que los talentos y logros (todo lo positivo) que uno tiene o que otros obtienen son triviales. También se le conoce como minimizar lo positivo (Ejemplo: Una joven profesional con una excelente carrera y graduada con honores al hacer una revisión de su rendimiento laboral describe los éxitos obtenidos desvinculando los esfuerzos realizados o desconociendo que gracias a sus habilidades se pudo llegar a la meta propuesta)
- 4 Inferencia arbitraria** Llegar a conclusiones o inferencias sin evidencias que las justifiquen. Sacar conclusiones en forma antojadiza sin sustentación empírica (Ejemplo: La vecina me pasó por delante y no me saludo. Seguramente me odia y cree que soy una persona ruin y miserable)
- 5 Razonamiento emotivo** Dirigir los juicios en base a los sentimientos (Ejemplo: Mi compañero de trabajo se ha estado quedando hasta tarde en la oficina con

nuestra jefa Siento celos y sospecho de mi compañero Basado en estos sentimientos concluyo que mi compañero debe de estar manteniendo un amorio con ella)

- 6 Rotulación (etiquetacion)** Asignar rótulos o rasgos negativos globales a uno mismo o a otros (Ejemplo Yo soy una inutil)
- 7 Magnificación/minimización (magnificar lo negativo y minimizar lo positivo)** Subestimar y sobreestimar la manera de ser de eventos o personas (Ejemplo No me has llamado me quiero morir Sacaste un 10 en el examen Seguro eran preguntas facilisimas)
- 8 Filtro mental (abstracción selectiva)** Enfocar y seleccionar solo los puntos negativos y no ver los positivos (Ejemplo Una persona obtiene una mala calificación en un área de su desempeño y una excelente apreciación general sobre sus cualidades caracter y dedicación sin embargo desecha estas ultimas y considera que ha fracasado totalmente basado solamente en la mala calificación)
- 9 Lectura de la mente** El sujeto supone que conoce lo que la gente está pensando sin tener suficientes evidencias sobre sus pensamientos (Ejemplo Yo sé que ella está pensando que yo no estoy preparada para este trabajo)
- 10 Generalización (o sobre-generalización)** Hace referencia a tomar casos aislados y generalizar su validez para todo (Ejemplo Ella no vino a la cita Todas las mujeres son unas malditas)
- 11 Personalización** También conocida como falsa atribución consiste en asumir que uno mismo u otros han causado cosas directamente cuando muy posiblemente no haya sido el caso en realidad Cuando se aplica a uno mismo

puede producir ansiedad y culpa y aplicado a otros produce enojo exacerbado y ansiedad de persecución (Ejemplo A mi madre le dio un ataque Tiene que ser culpa mia por no haberla llamado desde hace dias)

12 Expresiones con debe o deberia (exigencias demandas) Se trata de concentrarse en lo que uno piensa que debería ser en lugar ver las cosas como son y tener reglas rigidas que se piensa que deberian aplicarse sin importar el contexto situacional (Ejemplo Aunque la haya mandado al diablo deberia de llamarme para ver cómo estoy)

1 1 2 1 5 Las estrategias y los esquemas

Segun Beck citado por J Camerini (2004) las estrategias son formas de conducta o respuestas destinadas a servir a metas biológicas En los seres humanos el término puede aplicarse tanto a las conductas o respuestas adaptadas como a las inadaptadas La integración de los datos sensoriales brutos y la adscripción de significado es función de un orden superior de estructuración conformado por esquemas estructuras cognitivas que integran y adscriben significado a los datos sensoriales percibidos El contenido de estos esquemas puede referirse a las relaciones interpersonales o a categorias impersonales (objetos inanimados concretos o abstractos)

1 1 2 1 6 El origen de los esquemas

Este modelo atribuye un origen mixto genético-cultural a los esquemas. Considera lo genético como tendencias innatas sobre las cuales incidirán las experiencias vitales (circunstancias e influencias del entorno)

1 1 2 1 7 Cualidades o características de los esquemas

- Nivel energético o de activación (de latentes a hiperactivos)
- Amplitud (de reducidos a amplios)
- Flexibilidad (de modificables a impermeables)
- Tema (personales familiares religiosos sexuales etc)
- Área o componentes (cognitivos conductuales emotivos o motivacionales)
- Profundidad o nivel (de nucleares a periféricos)

1 1 2 1 8 La triada cognitiva

Alford y Beck citados por J. Camerini (2004) definen como *triada cognitiva* a los significados o interpretaciones inadaptadas o disfuncionales que la persona hace de

- Sí mismo
- Su entorno contextual o sus experiencias
- Su futuro (metas)

1 1 2 2 Práctica de la T C

1 1 2 2 1 Conceptos básicos y principios

La terapia cognitiva es un procedimiento activo directivo estructurado y de tiempo limitado que se utiliza para el tratamiento de diversos trastornos psiquiátricos. Se basa en el supuesto teórico subyacente de que los afectos y la conducta de un individuo están determinados en gran medida por la forma en que él estructura el mundo.

Las técnicas terapéuticas van encaminadas a identificar, cotejar con la realidad y modificar las conceptualizaciones distorsionadas y las creencias disfuncionales (esquemas) que subyacen a esas cogniciones.

La teoría cognitiva estipula que la mejoría sintomática en un trastorno psicológico se logra a través de la modificación de pensamientos disfuncionales y que una mejoría duradera (reducción de recaídas) se logra mediante la modificación de las creencias inadecuadas.

El terapeuta trabaja y espera lograr el cambio en tres niveles:

- El superficial consistente en los pensamientos automáticos
- El intermedio consistente en los supuestos subyacentes
- El profundo o nuclear consistente en los esquemas

Esta terapia tiende a ubicarse en el modelo educativo donde prevalece la idea de aprendizaje de nuevas formas de conocimiento que permitan adquirir nuevas conductas más apropiadas o útiles para lograr las metas personales

1 1 2 2 2 Los principios

- 1 Se basa en una formulación permanentemente evolutiva del paciente y sus problemas en términos cognitivos
- 2 Requiere una sólida alianza terapéutica
- 3 Enfatiza la colaboración y la participación activa
- 4 Se orienta hacia metas y se centra en los problemas
- 5 Enfatiza el presente (al menos inicialmente)
- 6 Es educativa apunta a enseñarle al paciente a ser su propio terapeuta y enfatiza la prevención de la recaída
- 7 Apunta a ser de tiempo limitado
- 8 Las sesiones son estructuradas
- 9 Enseña a los pacientes a identificar evaluar y responder a sus creencias y pensamientos disfuncionales
- 10 Usa una diversidad de técnicas para cambiar los pensamientos el estado de ánimo y las conductas

1 1 2 2 3 La estrategia

En un nivel amplio el terapeuta apunta a facilitar la remisión de los síntomas y prevenir la recaída mediante la modificación de sus pensamientos y creencias disfuncionales. La secuencia temporal característica del proceso se desarrolla en las siguientes etapas

- **Etapas iniciales**
 - Desarrollar una firme alianza terapéutica
 - Identificar y especificar los objetivos
 - Resolver los problemas
 - Enseñar el modelo cognitivo
 - Lograr la activación del paciente (si está deprimido o desanimado)
 - Instruirlo acerca de su trastorno
 - Enseñarle a identificar, evaluar y responder a sus pensamientos automáticos
 - Socializarlo sobre las tareas de auto-ayuda, la programación de las sesiones y el feedback al terapeuta y enseñarle las estrategias para enfrentar sus problemas
- **Etapas medias**
 - Continuar trabajando en los anteriores puntos
 - Identificar, evaluar y modificar las creencias
 - Utilizar técnicas racionales, emocionales y conductuales
 - Enseñarle habilidades prácticas para alcanzar sus objetivos

- Etapa final
 - Preparación para la finalización
 - Prevención de la recaída

1 1 2 2 4 Estructura de las sesiones

El modelo estructural básico de las sesiones puede esquematizarse con el siguiente programa

- Breve recuento de lo sucedido luego de la última sesión y registro del estado anímico
- Enlace con la sesión anterior (consecuencias asuntos pendientes etc)
- Fijación de la agenda para esta sesión
- Revisión de la realización de la tarea asignada de auto-ayuda
- Tratamiento de los puntos estipulados en la agenda
- Fijación de las nuevas tareas de auto-ayuda
- Resumen final y la devolución (feedback) del paciente

1 1 2 2 5 Tareas de auto-ayuda (entre sesiones)

Beck citado por J. Camenini (2004) indicaba que a menos que el cliente haga la práctica de su cambio de pensamiento el resultado no será significativo o perdurable. La prescripción de tareas para el hogar es un elemento habitual y considerado fundamental

para lograr el cambio en las terapias cognitivas. Su objetivo específico puede ser entre otros

- Cambiar una conducta disfuncional o establecer una conducta apropiada
- Modificar las creencias y los pensamientos distorsionados
- Vencer temores e inhibiciones mejorando la auto-confianza
- Perfeccionar y consolidar mediante la práctica las nuevas conductas

1.2 Trauma

Está ampliamente reconocido que los eventos de vida estresantes pueden causar efectos emocionales y en el comportamiento.

La Asociación Psiquiátrica Americana (2004) indica que a pesar de que el 50% al 90% de la población puede ser expuesta a eventos traumáticos durante su vida, la mayoría de los individuos expuestos no desarrollan trastornos.

Las investigaciones y experiencia clínica muestran que aquellos con altos niveles de sintomatología temprana, incluyendo aquellos con Trastorno de estrés agudo (TEA), se encuentran en riesgo de Trastornos por estrés postraumático (TEPT) subsecuente. Sin embargo, algunos pacientes con TEA no desarrollan TEPT y una proporción de pacientes desarrollan TEPT sin primeramente haber reunido los criterios para TEA.

A pesar de que las investigaciones muestran que los individuos que sufren mayor exposición a un evento traumático se encuentran en un riesgo más grave todavía existe incertidumbre acerca de los factores específicos del paciente y el trauma que pueden predecir el desarrollo de TEA y acerca de intervenciones que mitiguen la evolución del TEA al TEPT

1 2 1 Definiciones de trauma

1 2 1 1 Definición de trauma según el CIE 10

El CIE 10 (OMS 2007) define el concepto de trauma de la siguiente manera

- Un acontecimiento o situación estresante (breve o duradera) de naturaleza excepcionalmente amenazante o catastrófica que causaría por sí mismo malestar generalizado en casi todas las personas (por ejemplo catástrofes naturales o producidas por el hombre combates accidentes graves el ser testigo de la muerte violenta de alguien el ser víctima de tortura terrorismo de una violación o de otro crimen)

1 2 1 2 Definición de trauma según el DSM-IV TR

Por su parte el DSM IV TR (2000) define el concepto de trauma como

- La exposición a un acontecimiento estresante y extremadamente traumático y donde el individuo se ve envuelto en hechos que representan un peligro real para su vida o cualquier otra amenaza para su integridad física el individuo es testimonio de un acontecimiento donde se producen muertes heridos o existe una amenaza para la vida de otras personas o bien el individuo conoce a través de un familiar o cualquier otra persona cercana acontecimientos que implican muertes inesperadas o violentas dano serio o peligro de muerte o heridas graves La respuesta del sujeto a este acontecimiento debe incluir temor desesperanza y horrores intensos (o en los niños un comportamiento desestructurado o agitado) El cuadro sintomático característico secundario a la exposición al intenso trauma debe incluir la presencia de re-experimentación persistente del acontecimiento traumático de evitación persistente de los estímulos asociados a él y embotamiento de la capacidad de respuesta del individuo y de síntomas persistentes de activación (arousal)

1 2 2 Trastornos mentales asociados al trauma según el DSM-IV TR (2000)

1 2 2 1 Trastorno por estrés postraumático

1 2 2 1 1 Características diagnósticas

La característica esencial del trastorno por estrés postraumático es la aparición de síntomas característicos que sigue a la exposición a un acontecimiento estresante y extremadamente traumático y donde el individuo se ve envuelto en hechos que

representan un peligro real para su vida o cualquier otra amenaza para su integridad física el individuo es testigo de un acontecimiento donde se producen muertes heridas o existe una amenaza para la vida de otras personas o bien el individuo conoce a través de un familiar o cualquier otra persona cercana acontecimientos que implican muertes inesperadas o violentas daño serio o peligro de muerte o heridas graves (Criterio A1) La respuesta del sujeto a este acontecimiento debe incluir temor desesperanza y horrores intensos (o en los niños un comportamiento desestructurado o agitado) (Criterio A2) El cuadro sintomático característico secundario a la exposición al intenso trauma debe incluir la presencia de re-experimentación persistente del acontecimiento traumático (Criterio B) de evitación persistente de los estímulos asociados a él y embotamiento de la capacidad de respuesta del individuo (Criterio C) y de síntomas persistentes de activación (arousal) (Criterio D) El cuadro sintomático completo debe estar presente más de 1 mes (Criterio E) y provoca un malestar clínicamente significativo o deterioro social laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo (Criterio F)

Entre los acontecimientos traumáticos que pueden originar un trastorno por estrés posttraumático se incluyen (aunque no de forma exclusiva) los combates en el frente de guerra ataques personales violentos (agresión sexual y física atracos robo de propiedades) ser secuestrado ser tomado como rehén torturas encarcelamientos como prisionero de guerra o internamientos en campos de concentración desastres naturales o provocados por el hombre accidentes automovilísticos graves o diagnóstico de enfermedades potencialmente mortales En los niños entre los acontecimientos traumáticos de carácter sexual pueden incluirse las experiencias

sexuales inapropiadas para la edad aun en ausencia de violencia o dano reales Entre los acontecimientos traumáticos que pueden provocar un trastorno por estrés postraumático se incluyen (aunque no de forma exclusiva) la observacion de accidentes graves o muerte no natural de otras personas a causa de la guerra accidentes ataques violentos desastres o ser testigo inesperado de muertes amputaciones o fragmentación de cuerpo Los acontecimientos traumáticos experimentados por los demás y que al ser transmitidos al individuo pueden producir en él un trastorno por estrés postraumático comprenden (aunque no de forma exclusiva) actos terroristas accidentes graves o heridas de envergadura vividos por un familiar o un amigo cercano o la constancia de que el propio hijo padece una enfermedad muy grave El trastorno puede llegar a ser especialmente grave o duradero cuando el agente estresante es obra de otros seres humanos (p ej torturas violaciones) La probabilidad de presentar este trastorno puede verse aumentada cuanto más intenso o más cerca físicamente se encuentre el agente estresante

El acontecimiento traumático puede ser re-experimentado de varias maneras Normalmente el individuo tiene recuerdos recurrentes e intrusos (Criterio B1) o pesadillas recurrentes en las que el acontecimiento vuelve a suceder (Criterio B2) En algunos casos por otra parte muy poco frecuentes el individuo experimenta estados disociativos que pueden durar de pocos segundos a varias horas o incluso días durante los cuales se reviven aspectos del suceso y la persona se comporta como si en ese momento se encontrara en él (Criterio B3) Cuando el individuo se expone a estímulos desencadenantes que recuerdan o simbolizan un aspecto del acontecimiento traumático (p ej aniversarios del suceso entrar en cualquier ascensor en una mujer

que fue violada en uno de ellos) suele experimentar un malestar psicológico intenso (Criterio B4) o respuestas de tipo fisiológico (Criterio B5)

Los estímulos asociados al acontecimiento traumático acaban siendo persistentemente evitados. El individuo suele hacer esfuerzos deliberados para evitar caer en pensamientos, sentimientos o mantener conversaciones sobre el suceso (Criterio C1) y para eludir actividades, situaciones o personas que puedan hacer aflorar recuerdos sobre él (Criterios C2). En este comportamiento de evitación puede incluirse la amnesia total de un aspecto puntual del acontecimiento (Criterio C3). La disminución de la reactividad al mundo exterior, denominada embotamiento psíquico o anestesia emocional, suele aparecer poco después de que tenga lugar el acontecimiento traumático. El individuo puede manifestar una acusada disminución del interés o participación en actividades que antes le resultaban gratificantes (Criterio C4), una sensación de alejamiento o enajenación de los demás (Criterio C5) o una acusada disminución de la capacidad para sentir emociones (especialmente las que hacen referencia a la intimidad, ternura y sexualidad) (Criterio C6). El individuo puede describir una sensación de futuro desolador (p. ej., no creer en la posibilidad de obtener un trabajo, casarse, formar una familia o, en definitiva, de llevar a cabo una vida normal) (Criterio C7).

El sujeto con este trastorno padece constantemente síntomas de ansiedad o aumento de la activación (arousal) que no existían antes del trauma. Entre estos síntomas cabe citar la dificultad para conciliar o mantener el sueño, que puede deberse a pesadillas recurrentes donde se revive el acontecimiento traumático (Criterio D1), hipervigilancia

(Criterio D4) y respuestas exageradas de sobresalto (Criterio D5) Algunos individuos manifiestan irritabilidad o ataques de ira (Criterio D2) o dificultades para concentrarse o ejecutar tareas (Criterio D3)

1 2 2 1 2 Especificación

Las siguientes especificaciones pueden utilizarse para concretar el inicio y la duración de los síntomas del trastorno por estrés postraumático

- **Agudo** Esta especificación debe emplearse cuando la duración de los síntomas es inferior a los 3 meses
- **Crónico** Esta especificación debe emplearse cuando la duración de los síntomas es igual o superior a los 3 meses
- **De inicio demorado** Esta especificación indica que entre el acontecimiento traumático y el inicio de los síntomas han pasado como mínimo 6 meses

1 2 2 1 3 Síntomas y trastornos asociados

Los individuos con trastorno por estrés postraumático pueden sentirse amargamente culpables por el hecho de haber sobrevivido cuando otros perdieron la vida En otras ocasiones las actividades que simulan o simbolizan el trauma original interfieren acusadamente con sus relaciones interpersonales lo que puede dar lugar a conflictos conyugales divorcio o pérdida del empleo Cuando el agente estresante es de carácter interpersonal (p ej abusos sexuales o físicos en niños peleas familiares secuestros

encarcelamientos como prisionero de guerra o internamientos en campos de concentración torturas) puede aparecer la siguiente constelación de síntomas: afectación del equilibrio afectivo, comportamiento impulsivo y autodestructivo, síntomas disociativos, molestias somáticas, sentimientos de inutilidad, vergüenza, desesperación o desesperanza, sensación de perjuicio permanente, pérdida de creencias anteriores, hostilidad, retraimiento social, sensación de peligro constante, deterioro de las relaciones con los demás, y alteración de las características de personalidad previas.

En este trastorno puede haber un mayor riesgo de presentar trastorno de angustia, agorafobia, trastorno obsesivo-compulsivo, fobia social, fobia específica, **trastorno depresivo mayor**, trastorno de somatización y trastorno relacionado con sustancias. También queda por aclarar hasta qué punto estos trastornos preceden o siguen al inicio del trastorno por estrés postraumático.

1.2.2.1.4 Curso

El trastorno por estrés postraumático puede iniciarse a cualquier edad, incluso durante la infancia. Los síntomas suelen aparecer en los primeros 3 meses posteriores al trauma, si bien puede haber un lapso temporal de meses o incluso años antes de que el cuadro sintomático se ponga de manifiesto. Con frecuencia, la alteración reúne inicialmente los criterios diagnósticos del trastorno por estrés agudo. Los síntomas del trastorno y la predominancia relativa de la reexperimentación, comportamiento de evitación, y síntomas de activación (arousal) pueden variar ampliamente a lo largo del tiempo. La duración de los síntomas muestra considerables variaciones; la mitad de los

casos suele recuperarse completamente en los primeros 3 meses en otras ocasiones todavía pueden persistir algunos síntomas más allá de los 12 meses posteriores al acontecimiento traumático

La intensidad duración y proximidad de la exposición al acontecimiento traumático constituyen los factores más importantes que determinan las probabilidades de presentar el trastorno Existen algunas pruebas que demuestran que la calidad del apoyo social los antecedentes familiares las experiencias durante la etapa infantil los rasgos de personalidad y los trastornos mentales preexistentes pueden influir en la aparición del trastorno por estrés postraumático Este trastorno puede aparecer en individuos sin ningún factor predisponente sobre todo cuando el acontecimiento es extremadamente traumático

1 2 2 1 5 Diagnóstico diferencial

En el trastorno por estrés postraumático el factor estresante debe revestir suma gravedad (p ej un peligro para la vida) En cambio en el **trastorno adaptativo** el factor estresante puede tener cualquier intensidad El diagnóstico de trastorno adaptativo es apropiado tanto cuando las respuestas a un desencadenante extremo no reúnen los criterios diagnósticos del trastorno por estrés postraumático (o cualquier otro trastorno mental específico) como cuando el cuadro sintomático típico de trastorno por estrés postraumático aparece en respuesta a desencadenantes no excesivamente importantes (p ej abandono del cónyuge pérdida del puesto de trabajo)

El **trastorno por estrés agudo** se diferencia del trastorno por estrés postraumático porque el cuadro sintomático del primero debe aparecer y resolverse en las primeras 4 semanas posteriores al acontecimiento traumático. Si los síntomas persisten más de 1 mes y reúnen los criterios de trastorno por estrés postraumático, debe cambiarse el diagnóstico de trastorno por estrés agudo por el de trastorno por estrés postraumático.

1.2.2.1.6 Criterios para el diagnóstico de Trastorno por estrés postraumático

A La persona ha estado expuesta a un acontecimiento traumático en el que han existido (1) y (2)

(1) la persona ha experimentado, presenciado o le han explicado uno (o más) acontecimientos caracterizados por muertes o amenazas para su integridad física o la de los demás

(2) la persona ha respondido con un temor, una desesperanza o un horror intensos

Nota: En los niños estas respuestas pueden expresarse en comportamientos desestructurados o agitados

B El acontecimiento traumático es reexperimentado persistentemente a través de una (o más) de las siguientes formas

(1) recuerdos del acontecimiento recurrentes e intrusos que provocan malestar y en los que se incluyen imágenes, pensamientos o percepciones. **Nota:** En los niños pequeños esto puede expresarse en juegos repetitivos donde aparecen temas o aspectos característicos del trauma

(2) sueños de carácter recurrente sobre el acontecimiento que producen malestar

Nota En los niños puede haber sueños terroríficos de contenido irreconocible

(3) el individuo actúa o tiene la sensación de que el acontecimiento traumático está ocurriendo (se incluye la sensación de estar reviviendo la experiencia ilusiones alucinaciones y episodios disociativos de flashback incluso los que aparecen al despertarse o al intoxicarse) **Nota** Los niños pequeños pueden reescenificar el acontecimiento traumático específico

(4) malestar psicológico intenso al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático

(5) respuestas fisiológicas al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático

C Evitación persistente de estímulos asociados al trauma y embotamiento de la reactividad general del individuo (ausente antes del trauma) tal y como indican tres (o más) de los siguientes síntomas

(1) esfuerzos para evitar pensamientos sentimientos o conversaciones sobre el suceso traumático

(2) esfuerzos para evitar actividades lugares o personas que motivan recuerdos del trauma

(3) incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma

(4) reducción acusada del interés o la participación en actividades significativas

(5) sensación de desapego o enajenación frente a los demás

(6) restricción de la vida afectiva (p.ej. incapacidad para tener sentimientos de

amor)

(7) sensación de un futuro desolador (p.ej. no espera obtener un empleo casarse formar una familia o en definitiva llevar una vida normal)

D Síntomas persistentes de aumento de la activación (arousal) (ausente antes del trauma) tal y como indican dos (o más) de los siguientes síntomas

(1) dificultades para conciliar o mantener el sueño

(2) irritabilidad o ataques de ira

(3) dificultades para concentrarse

(4) hipervigilancia

(5) respuestas exageradas de sobresalto

E Estas alteraciones (síntomas de los Criterios B, C y D) se prolongan más de 1 mes

F Estas alteraciones provocan malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo

Especificar si

Agudo si los síntomas duran menos de 3 meses

Crónico si los síntomas duran 3 meses o más

Especificar si

De inicio demorado entre el acontecimiento traumático y el inicio de los síntomas han pasado como mínimo 6 meses

1 2 2 2 Trastorno por estrés agudo

1 2 2 2 1 Características diagnósticas

La característica esencial del trastorno por estrés agudo es la aparición de ansiedad, síntomas disociativos y de otro tipo que tiene lugar durante el mes que sigue a la exposición a un acontecimiento traumático de carácter extremo (Criterio A). En el mismo momento del trastorno o con posterioridad a él, el individuo presenta al menos tres de los siguientes síntomas disociativos: sensación subjetiva de embotamiento, desapego o ausencia de la realidad que le rodea, desrealización, despersonalización y amnesia disociativa (Criterio B). Después del acontecimiento traumático, éste es revivido de forma recurrente (Criterio C); el individuo presenta un acusado comportamiento de evitación de aquellos estímulos que pueden hacer aflorar recuerdos del trauma (Criterio D) y presenta síntomas significativos de ansiedad o aumento de activación (arousal) (Criterio E). Los síntomas provocan un malestar clínico significativo, interfieren acusadamente la actividad del individuo o afectan notablemente a su capacidad para llevar a cabo tareas indispensables (Criterio F). Estas alteraciones duran por lo menos 2 días y no se prolongan más allá de las 4 semanas posteriores al acontecimiento traumático (Criterio G). El cuadro no se debe a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o a una enfermedad médica; no pueden explicarse mejor por la presencia de un trastorno psicótico breve y no constituyen una mera exacerbación de un trastorno mental preexistente (Criterio H).

Como respuesta al acontecimiento traumático el individuo presenta síntomas disociativos. Los sujetos con trastorno por estrés agudo muestran una disminución de la reactividad emocional lo cual suele traducirse en una dificultad o imposibilidad para encontrar placer en actividades que antes resultaban gratificantes y con frecuencia en un sentimiento de culpabilidad. A veces el individuo tiene dificultades para concentrarse, tiene la sensación de estar separado de su cuerpo, experimenta el mundo como irreal o fantástico o nota una progresiva incapacidad para recordar detalles específicos del acontecimiento traumático (amnesia disociativa). Además, debe haber por lo menos un síntoma de cada grupo de síntomas requeridos para el diagnóstico de trastorno por estrés postraumático. Al principio, el acontecimiento traumático es revivido repetidamente (p. ej. recuerdos, imágenes, pensamientos, sueños, ilusiones, episodios de flashback, sensación de estar reviviendo el suceso o aparición de malestar al exponerse a estímulos que recuerdan el trauma). Después, estos estímulos (p. ej. lugares, personas, actividades) propician comportamientos de evitación. Por último, aparece un aumento de la activación (arousal) (p. ej. dificultad para dormir, irritabilidad, falta de concentración, hipervigilancia, respuestas exageradas de sobresalto e inquietud motora) como respuesta a estos estímulos.

1.2.2.2.2 Síntomas y trastornos asociados

En el trastorno por estrés agudo pueden aparecer síntomas de desesperación y desesperanza, que en ocasiones son lo suficientemente intensos y persistentes como para cumplir los criterios del **trastorno depresivo mayor**, en cuyo caso es pertinente registrar este como diagnóstico adicional. Si el acontecimiento traumático produjo la

muerte o heridas graves a otras personas el individuo puede sentirse culpable por haber salido ileso o no haber prestado la suficiente ayuda a los demás. Los individuos con este trastorno suelen verse a sí mismos como los grandes responsables de las consecuencias de lo acaecido. Poco después del trauma y debido a la negligencia que muestra el individuo por temas tan básicos como la salud o la propia seguridad pueden surgir múltiples problemas. Los individuos con este trastorno presentan un mayor riesgo de desarrollar un trastorno por estrés postraumático. Asimismo, después del trauma puede haber comportamientos de riesgo o de carácter impulsivo.

1.2.2.3 Curso

Los síntomas del trastorno por estrés agudo se experimentan durante o inmediatamente después del trauma, duran como mínimo 2 días y o bien se resuelven en las 4 primeras semanas después del acontecimiento traumático o bien el diagnóstico debe ser sustituido. Cuando los síntomas persisten más de 1 mes, puede estar indicado el diagnóstico de trastorno por estrés postraumático si se cumple la totalidad de sus criterios diagnósticos. La intensidad, duración y proximidad de la exposición al acontecimiento traumático son los factores más importantes en relación con la posibilidad de presentar un trastorno por estrés agudo. Existen algunas pruebas que demuestran que la calidad del apoyo social, los antecedentes familiares, las experiencias durante la etapa infantil, los rasgos de la personalidad y los trastornos mentales preexistentes pueden influir en la aparición del trastorno por estrés agudo. Este trastorno puede aparecer en individuos sin ningún factor predisponente, sobre todo cuando el acontecimiento resulta muy traumático.

1 2 2 2 4 Diagnóstico diferencial

Si después del trauma aparece un episodio depresivo mayor debe considerarse el diagnóstico adicional de **trastorno depresivo mayor** además del de trastorno por estrés agudo

Por definición sólo debe establecerse el diagnóstico de trastorno por estrés agudo si los síntomas aparecen durante el primer mes que sigue al acontecimiento traumático reservando el término **trastorno por estrés postraumático** para los síntomas que se prolongan mas de 4 semanas En los individuos diagnosticados de trastorno por estrés agudo que al cabo del primer mes siguen presentando el cuadro sintomático debe considerarse el diagnóstico de trastorno por estrés postraumático

En los individuos que experimentan un acontecimiento extremadamente traumático pero presentan un cuadro sintomático que no reúne los criterios diagnósticos del trastorno por estrés agudo debe considerarse el diagnóstico de **trastorno adaptativo**

1 2 2 2 5 Criterios para el diagnóstico de Trastorno por estrés agudo

A La persona ha estado expuesta a un acontecimiento traumático en el que han existido (1) y (2)

(1) la persona ha experimentado presenciado o le han explicado uno (o más) acontecimientos caracterizados por muertes o amenazas para su integridad física o la de los demás

(2) la persona ha respondido con un temor una desesperanza o un horror intensos

B Durante o después del acontecimiento traumático el individuo presenta tres (o más) de los siguientes síntomas disociativos

- (1) sensación subjetiva de embotamiento desapego o ausencia de reactividad emocional
- (2) reducción del conocimiento de su entorno (p. ej. estar aturdido)
- (3) desrealización
- (4) despersonalización
- (5) amnesia disociativa (p. ej. incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma)

C El acontecimiento traumático es reexperimentado persistentemente en al menos una de estas formas: imágenes pensamientos sueños ilusiones episodios de flashback recurrentes o sensación de estar reviviendo la experiencia y malestar al exponerse a objetos o situaciones que recuerdan el acontecimiento traumático

D Evitación acusada de estímulos que recuerdan el trauma (p. ej. pensamientos sentimientos conversaciones actividades lugares personas)

E Síntomas acusados de ansiedad o aumento de la activación (arousal) (p. ej. dificultades para dormir irritabilidad mala concentración hipervigilancia respuestas exageradas de sobresalto inquietud motora)

F Estas alteraciones provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo o interfieren de forma notable con su capacidad para llevar a cabo tareas indispensables por ejemplo obtener la ayuda o los recursos humanos necesarios explicando el acontecimiento traumático a los miembros de su familia

G Estas alteraciones duran un mínimo de 2 días y un máximo de 4 semanas y aparecen en el primer mes que sigue al acontecimiento traumático

H Estas alteraciones no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p.ej. drogas, fármacos) o a una enfermedad médica no se explican mejor por la presencia de un trastorno psicótico breve y no constituyen una mera exacerbación de un trastorno preexistente de los Ejes I o II

1 2 2 3 Trastorno Depresivo Mayor

1 2 2 3 1 Características diagnósticas

La característica esencial de un trastorno depresivo mayor es un curso clínico caracterizado por uno o más episodios depresivos mayores sin historia de episodios maníacos mixtos o hipomaniacos (Criterios A y C) Para realizar el diagnóstico de un trastorno depresivo mayor no se tienen en cuenta los episodios de trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias (debidos a los efectos fisiológicos directos de una droga, un medicamento o la exposición a un tóxico) ni los trastornos del estado de

ánimo debidos a enfermedad médica. Además, los episodios no se explican mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no están superpuestos a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado (Criterio B).

1.2.2.3.2 Curso

La gravedad del episodio depresivo mayor inicial parece ser predictora de la persistencia del trastorno. A menudo, los episodios de trastorno depresivo mayor se producen después de un estrés psicosocial grave, como la muerte de un ser querido o el divorcio. Algunos estudios sugieren que los acontecimientos psicosociales (estresores) desempeñan un papel importante en la precipitación del primer o el segundo episodios del trastorno depresivo mayor y que desempeñan un papel menor en el inicio de los episodios posteriores.

1.2.2.3.3 Criterios para el diagnóstico de Trastorno depresivo mayor, episodio único

A. Presencia de un único episodio depresivo mayor.

B. El episodio depresivo mayor no se explica mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no está superpuesto a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado.

C Nunca se ha producido un episodio maniaco un episodio mixto o un episodio hipomaniaco **Nota** Esta exclusión no es aplicable si todos los episodios similares a la mania a los episodios mixtos o a la hipomania son inducidos por sustancias o por tratamientos o si se deben a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad médica

Codificar el estado del episodio actual o más reciente

- 0** Leve
- 1** Moderado
- 2** Grave sin síntomas psicóticos
- 3** Grave con síntomas psicóticos
- 4** En remisión parcial/en remisión total
- 9** No especificado

Especificar (para el episodio actual o para el más reciente)

- Crónico**
- Con síntomas catatónicos**
- Con síntomas melancólicos**
- Con síntomas atípicos**
- De inicio en el posparto**

1 2 2 3 4 Criterios para el diagnóstico de Trastorno depresivo mayor recidivante

A Presencia de dos o mas episodios depresivos mayores

Nota Para ser considerados episodios separados tiene que haber un intervalo de al menos 2 meses seguidos en los que no se cumplan los criterios para un episodio depresivo mayor

B Los episodios depresivos mayores no se explican mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no están superpuestos a una esquizofrenia un trastorno esquizofreniforme un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado

C Nunca se ha producido un episodio maniaco un episodio mixto o un episodio hipomaniaco **Nota** Esta exclusión no es aplicable si todos los episodios similares a la mania a los episodios mixtos o a la hipomania son inducidos por sustancias o por tratamientos o si son debidos a los efectos fisiologicos directos de una enfermedad medica

Codificar el estado del episodio actual o más reciente

0 Leve

1 Moderado

2 Grave sin síntomas psicóticos

3 Grave con síntomas psicóticos

4 En remisión parcial/en remisión total

9 No especificado

Especificar (para el episodio actual o el más reciente)

Crónico

Con síntomas catatónicos

Con síntomas melancólicos

Con síntomas atípicos

De inicio en el posparto

Especificar

Especificaciones de curso (con y sin recuperación interepisódica)

Con patrón estacional

1 2 2 3 5 Criterios para el episodio depresivo mayor

A Presencia de cinco (o más) de los siguientes síntomas durante un período de 2 semanas que representan un cambio respecto a la actividad previa. Uno de los síntomas debe ser (1) estado de ánimo depresivo o (2) pérdida de interés o de la capacidad para el placer. **Nota** No incluir los síntomas que son claramente debidos a enfermedad médica o las ideas delirantes o alucinaciones no congruentes con el estado de ánimo.

(1) estado de ánimo depresivo la mayor parte del día casi cada día según lo indica el propio sujeto (p. ej. se siente triste o vacío) o la observación realizada por otros (p. ej. llanto). **Nota** En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable.

(2) disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades la mayor parte del día casi cada día (según refiere el propio sujeto u observan los demás).

(3) pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso (p.ej. un cambio de más del 5 % del peso corporal en 1 mes) o pérdida o aumento del apetito casi cada día. Nota: En niños hay que valorar el fracaso en lograr los aumentos de peso esperables

(4) insomnio o hipersomnia casi cada día

(5) agitación o enlentecimiento psicomotores casi cada día (observable por los demás: no meras sensaciones de inquietud o de estar enlentecido)

(6) fatiga o pérdida de energía casi cada día

(7) sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados (que pueden ser delirantes) casi cada día (no los simples autorreproches o culpabilidad por el hecho de estar enfermo)

(8) disminución de la capacidad para pensar o concentrarse o indecisión casi cada día (ya sea una atribución subjetiva o una observación ajena)

(9) pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor a la muerte): ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse

B Los síntomas no cumplen los criterios para un episodio mixto

C Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo

D Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p.ej. una droga, un medicamento) o una enfermedad médica (p.ej. hipotiroidismo)

E Los síntomas no se explican mejor por la presencia de un duelo (p.ej. después de la pérdida de un ser querido) los síntomas persisten durante más de 2 meses o se caracterizan por una acusada incapacidad funcional preocupaciones mórbidas de inutilidad ideación suicida síntomas psicóticos o enlentecimiento psicomotor

1.3 Abordaje del trauma Intervenciones psicoterapéuticas (estudios e investigaciones recientes)

Acerca del abordaje del trauma y el tratamiento del TEPT la APA (2009) concluye que la evidencia de estudios recientes apoya el uso de psicoterapias basadas en la exposición al igual que la intervención psicofarmacológica en muchas circunstancias. Evidencia emergente sugiere la facilitación del potencial de la psicoterapia por al menos un agente farmacológico recientemente identificado (ciclosenina).

La generalización de los hallazgos provenientes de estudios disponibles acerca del tratamiento del TEPT se encuentra limitada debido a la poca cantidad de sujetos, variabilidad de los criterios de inclusión (pacientes con afectaciones resistentes al tratamiento, pacientes que reciben tratamientos múltiples), medidas de resultados no estandarizadas, controles inadecuados y falta de replicación. Esto limita asimismo la comparación significativa de los datos para la elección de aproximaciones psicoterapéuticas versus psicofarmacológicas.

Según la APA (2009) la casi totalidad de los estudios publicados desde el 2004 han examinado intervenciones que muchos expertos consideran son componentes de la terapia cognitivo-comportamental. Tal cual está descrito en el reporte del Instituto de

Medicina del 2007 citado por la APA (2009) las aproximaciones y técnicas terapéuticas utilizadas se superponen a través de diversas corrientes psicoterapéuticas y no existe consenso acerca de cómo dichas psicoterapias deberían de ser categorizadas. Los hallazgos de la APA (2009) siguen el enfoque del reporte del Instituto de Medicina agrupando los abordajes y técnicas de la siguiente manera:

- Terapias cognitivo-comportamentales que incluyen elementos de exposición
- Desensibilización y reprocesamiento por movimientos oculares (EMDR)
- Otras psicoterapias
- Psicoterapia grupal

Investigaciones publicadas desde el 2004 apoyan en particular las terapias cognitivo-comportamentales basadas en la exposición tales como la terapia de procesamiento cognitivo y la terapia de exposición prolongadas como tratamientos efectivos para el TEPT cuando son aplicadas de manera individual.

1.3.1 Terapia cognitivo-comportamental basada en la exposición

Ensayos clínicos de terapias cognitivo-comportamentales conducidos en los últimos años generalmente han incluido componentes de psicoeducación, respiración y entrenamiento en relajación. Por definición, estas terapias de exposición también incorporaron a las sesiones de terapia alguna forma de reexposición a experiencias traumáticas pasadas (imaginaria, en vivo, terapéuticamente dirigida, escrita, verbal o por medio de la grabación de recuerdos narrados). Adicionalmente, usualmente se

incluyeron las tareas para el hogar. La generalización de los resultados de muchos de estos ensayos a la población clínica típica es limitada debido al alto índice de pérdida de sujetos y falta de celeridad en relación al enmascaramiento de los asesores. De todas maneras, varios estudios bien diseñados han aumentado el conocimiento previo acerca del tema.

En el 2006, Monson, citado por la APA (2009), reportó los resultados de un estudio con grupo control en lista de espera aplicando terapia de procesamiento cognitivo en 60 veteranos de combate. El índice de pérdida de sujetos fue de 16.6% (20% del grupo experimental, 13% del grupo de control en lista de espera), pero análisis de regresión aleatorios de la muestra revelaron mejorías significativas tanto para el TEPT así como síntomas depresivos comórbidos para el grupo experimental en comparación al grupo control en lista de espera. Tras completarse el estudio, 40% de los sujetos que recibieron terapia de procesamiento cognitivo ya no reunían los criterios para el diagnóstico de TEPT, y un 50% mostraban un decremento confiable de síntomas de TEPT.

El uso de la terapia de exposición prolongada fue estudiado en un ensayo con grupo control aleatorio reportado en el 2007 por Schnurr, citado por la APA (2009), con una muestra de veteranas femeninas (N=277) y personal en servicio activo (N=7) en 12 sitios especializados en el tratamiento médico de veteranos militares. Los pacientes fueron asignados aleatoriamente para recibir terapia de exposición prolongada (N=141) o terapia centrada en el presente (N=143) aplicada en 10 sesiones semanales de 90 minutos de duración. Asesores ciegos o enmascarados (Ensayo ciego por terceros).

recolectaron los datos antes e inmediatamente después del tratamiento y 3 y 6 meses posteriores al mismo. Inmediatamente posterior al tratamiento, el grupo experimental era más propenso que el grupo control a dejar de cumplir los criterios para un diagnóstico de TEPT (41% comparado con 27.8% $d=1.80$ intervalo de confianza=95%) y más inclinado a lograr una remisión completa (15.2% comparado con 6.9% $d=2.43$ intervalo de confianza=95%). Estos resultados se mantuvieron en los seguimientos a 3 y 6 meses. Debe notarse que a pesar de que este era un estudio de personal militar y veteranos, el 70% de los participantes indicaron trauma sexual como su peor experiencia traumática, y hubo un índice diferencial en la pérdida de sujetos del 17% entre el grupo experimental y control, con más participantes retirándose del estudio en el brazo experimental.

La efectividad de la terapia de exposición breve ha sido demostrada en un estudio reportado en el 2007 por Basoglu, citado por la APA (2009). 31 sobrevivientes de terremoto diagnosticados con TEPT fueron asignados aleatoriamente a una sola sesión de terapia comportamental basada en la exposición ($N=16$) o a evaluaciones repetidas ($N=15$). Los participantes fueron evaluados 4, 8, 12 y 24 semanas post tratamiento y nuevamente después de 1.2 años. Efectos significativos entre los grupos de tratamiento fueron observados tanto en la medición del TEPT (evaluado mediante CAPS) y de mejoría global evaluada por asesores (GIS-A) con significativos efectos entre grupos observados en ambas medidas en la semana 8. Índices de mejoría de 40% en la semana 4 aumentaron a 80% para la semana 24 y para el seguimiento a 1.2 años, con tamaños de efecto grandes ($d=0.9-1.7$) notados en las mediciones primarias en la semana 8.

1.3.2 EMDR (Desensibilización y reprocesamiento por movimientos oculares)

El EMDR sigue siendo examinado como una medida de tratamiento para víctimas de trauma sin embargo muchos de los estudios publicados desde el 2004 incluyen participantes sin un diagnóstico formal de TEPT. Una excepción es el estudio reportado en el 2007 por van der Kolk citado por la APA (2009) en el cual 88 pacientes con TEPT fueron asignados de manera aleatoria a 8 semanas de EMDR, fluoxetina o placebo. Los síntomas fueron evaluados utilizando CAPS y BDI II inmediatamente después del tratamiento y a los 6 meses. Durante el seguimiento a 6 meses, 75% de los pacientes con TEPT de inicio en la adultez (comparados con 33% para aquellos con TEPT de inicio en la infancia) recibiendo EMDR mostraron remisión comparados con ninguno de los pacientes recibiendo fluoxetina. Ninguno de los tratamientos produjo remisión completa de los síntomas en la mayoría de los pacientes con TEPT de inicio en la infancia.

Un estudio aleatorio con grupo control en lista de espera reportado en el 2007 por Hogberg citado por la APA (2009) involucró 24 transportistas que habían sido asaltados o habían sido testigos de un accidente en el que una persona quedaba bajo las vías de un tren y que reunían los criterios del DSM IV TR para el TEPT. Los participantes fueron asignados aleatoriamente a 5 sesiones de EMDR o al grupo control en lista de espera. Post tratamiento, 8 de 13 pacientes que recibieron EMDR (67%) dejaron de reunir los criterios para el TEPT comparado con 1 de 11 (11%) pacientes en el grupo control con lista de espera.

1 3 3 Otras psicoterapias

En los últimos años estudios basados en otros tipos de psicoterapia incluyendo terapia de habilidades de afrontamiento psicoterapia ecléctica psicoterapia psicodinámica reestructuración cognitiva etc han sido publicados pero la utilidad y generalización de sus conclusiones se encuentran limitadas por problemáticas metodológicas tales como la falta de procedimientos diagnósticos formalizados inclusión de pacientes sin TEPT altos índices de pérdida de sujetos ausencia de datos y carencia del uso de asesores ciego o enmascarados (ensayo ciego por terceros)

Un estudio reportado en el 2004 por Neuner citado por la APA (2009) utilizando terapia de habilidades de afrontamiento en 43 refugiados de guerra fue metodológicamente preciso mas no logro demostrar un efecto diferencial significativo en el tratamiento

A pesar de la falta de estudios controlados de psicoterapia psicodinámica el consenso clínico refleja la idea de que un abordaje psicodinámico es útil en ayudar al paciente a integrar experiencias traumáticas pasadas en un esquema de riesgo seguridad prevención y protección mas adaptativo o constructivo reduciendo de esta manera síntomas base del TEPT

1 3 4 Psicoterapia grupal

La mayoría de las psicoterapias pueden aplicarse en formato individual o grupal El estudio del 2005 de Chard citado por la APA (2009) comparando la terapia de

procesamiento cognitivo (grupo experimental) con atención mínima (grupo control en lista de espera) utilizó tanto formatos individuales como grupales (los participantes del grupo experimental recibieron terapia individual y grupal en las primeras 9 semanas seguidas de 7 semanas de terapia grupal y luego 1 sesión de terapia individual). Los efectos de la terapia grupal comparada a la individual no fueron claramente demostrados en este estudio. Mientras que existe literatura descriptiva sustancial para la terapia grupal en el abordaje del TEPT, son necesarios estudios posteriores para validar su eficacia.

1.4 Violencia infligida contra la pareja

1.4.1 Violencia

1.4.1.1 Conceptualización de la violencia

1.4.1.1.1 Definición de la violencia

La violencia es un fenómeno sumamente difuso y complejo cuya definición no puede tener exactitud científica, ya que es una cuestión de apreciación. La noción de lo que son comportamientos aceptables e inaceptables o de lo que constituye un daño está influida por la cultura y sometida a una continua revisión a medida que los valores y las normas sociales evolucionan.

La violencia puede definirse de muchas maneras según quién lo haga y con qué propósito. La dificultad reside en definir la violencia de manera que abarque el conjunto de actos perpetrados y las experiencias subjetivas de las víctimas sin que la definición resulte tan amplia que pierda sentido o describa como hechos patológicos las vicisitudes naturales de la vida cotidiana.

La Organización Mundial de la Salud (2002) define la violencia como el uso deliberado de la fuerza física o el poder ya sea en grado de amenaza o efectivo contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones.

La definición comprende tanto la violencia interpersonal como el comportamiento suicida y los conflictos armados. Cubre también una amplia gama de actos que van más allá del acto físico para incluir las amenazas e intimidaciones.

Además de la muerte y las lesiones, la definición abarca también las numerosísimas consecuencias del comportamiento violento a menudo menos notorias, como los daños psíquicos, privaciones y deficiencias del desarrollo que comprometan el bienestar de los individuos, las familias y las comunidades.

1 4 1 1 2 Clasificación de la violencia

La OMS (2002) divide a la violencia en tres grandes categorías según el autor del acto violento

- Violencia dirigida contra uno mismo
- Violencia interpersonal y
- Violencia colectiva

Esta categorización inicial distingue entre la violencia que una persona se inflige a sí misma la infligida por otro individuo o grupo pequeño de individuos y la infligida por grupos más grandes como los Estados grupos políticos organizados milicias u organizaciones terroristas

A su vez estas tres amplias categorías se subdividen para reflejar tipos de violencia más específicos

1 4 1 1 2 1 Violencia dirigida contra uno mismo

La violencia dirigida contra uno mismo comprende los comportamientos suicidas y las autolesiones como la automutilación El comportamiento suicida va desde el mero pensamiento de quitarse la vida al planeamiento la búsqueda de medios para llevarlo a cabo el intento de matarse y la consumación del acto Muchas personas que abogan

pensamientos suicidas no atentan nunca contra sí mismas e incluso las que intentan suicidarse pueden no tener la intención de morir

1.4.1.1.2.2 Violencia interpersonal

La violencia interpersonal se divide en dos sub-categorías

- **Violencia intrafamiliar o de pareja** en la mayor parte de los casos se produce entre miembros de la familia o compañeros sentimentales y suele acontecer en el hogar aunque no exclusivamente. Abarca formas de violencia como el maltrato de los niños, la violencia contra la pareja y el maltrato de los ancianos.
- **Violencia comunitaria** se produce entre individuos no relacionados entre sí y que pueden conocerse o no; acontece generalmente fuera del hogar. Aquí se incluyen la violencia juvenil, los actos violentos azarosos, las violaciones y las agresiones sexuales por parte de extraños y la violencia en establecimientos como escuelas, lugares de trabajo, prisiones y residencias de ancianos.

1.4.1.1.2.3 Violencia colectiva

La violencia colectiva es el uso instrumental de la violencia por personas que se identifican a sí mismas como miembros de un grupo frente a otro grupo o conjunto de individuos con objeto de lograr objetivos políticos, económicos o sociales. Adopta diversas formas: conflictos armados dentro de los Estados o entre ellos, genocidio, represión y otras violaciones de los derechos humanos, terrorismo, crimen organizado.

Esta clasificación tiene también en cuenta la naturaleza de los actos violentos que pueden ser físicos sexuales o psíquicos o basados en las privaciones o el abandono así como la importancia del entorno en el que se producen la relación entre el autor y la víctima y en el caso de la violencia colectiva sus posibles motivos

En cuanto a la situación de violencia colectiva en Panamá Gessenia Gómez (2010) en un artículo publicado en la página web de Estudio Jurídico Arauz indica que factores tales como la pobreza la pérdida de valores morales hacinamiento urbano drogadicción y la falta de oportunidades para los jóvenes así como la desintegración familiar influyen en la criminalidad a nivel nacional

Segun Gessenia Gomez (2010) la violencia tiene un valor instrumental desde el punto de vista de la gente desde el momento en que son utilizados por las personas como medio de subsistencia como es matar a quien no colabora con el grupo pandilla o barrio ya sea para marcar territorialmente su área como para proteger su área de venta de droga y contrabando tal y como está ocurriendo en el área del Chorrillo Curundu y Calidonia en donde un joven de otro sector no puede pasar en el área marcada como territorio porque de lo contrario es asesinado

Actualmente el aumento en los índices de violencia que ocurren en Panamá es atribuido a las practicas relacionada con el narcotráfico en donde de cada diez homicidios que se dan seis mantienen nexos con el narcotráfico (Gessenia Gómez 2010)

1 4 1 1 3 Las repercusiones de la violencia

La violencia física sexual y psicológica además de menoscabar la salud y el bienestar de muchas personas cuestan cada año al Estado grandes sumas de dinero en atención sanitaria costas judiciales absentismo y pérdida de productividad Además los efectos de la violencia sobre la salud pueden prolongarse más allá del maltrato inicial y ocasionar discapacidades permanentes

Además de las lesiones físicas directas las víctimas de la violencia corren mayor riesgo de sufrir problemas psíquicos y comportamentales de muy diversa índole como depresión abuso del alcohol ansiedad y comportamiento suicida además de problemas reproductivos como embarazos no deseados enfermedades de transmisión sexual y disfunciones sexuales

Rara vez existe una relación causal sencilla entre un acto violento y su repercusión sobre todo en el maltrato psíquico Incluso en casos extremos puede darse toda una gama de reacciones y efectos ya que los individuos responden a la adversidad de manera muy personal La edad y el temperamento así como el hecho de disponer o no de apoyo emocional influyen en las consecuencias de los hechos violentos

1 4 1 1 4 Las raíces de la violencia un modelo ecológico

No existe un factor que explique por sí solo por qué una persona se comporta de manera violenta y otra no lo hace ni por qué una comunidad se ve desgarrada por la

violencia mientras otra comunidad vecina vive en paz. La violencia es un fenómeno sumamente complejo que hunde sus raíces en la interacción de muchos factores biológicos, sociales, culturales, económicos y políticos.

Algunos factores de riesgo pueden ser privativos de un tipo determinado de violencia, pero es más frecuente que los diversos tipos de violencia compartan varios factores de riesgo.

En su Informe mundial sobre la violencia y la salud, la OMS (2002) recurre a un modelo ecológico para intentar comprender la naturaleza polifacética de la violencia. Su principal utilidad estriba en que ayuda a distinguir entre los innumerables factores que influyen en la violencia, al tiempo que proporciona un marco para comprender cómo interactúan.

El modelo permite analizar los factores que influyen en el comportamiento (o que aumentan el riesgo de cometer o padecer actos violentos) clasificándolos en cuatro niveles:

- En el *primer nivel* se identifican los factores biológicos y de la historia personal que influyen en el comportamiento de los individuos y aumentan sus probabilidades de convertirse en víctimas o perpetradores de actos violentos. Entre los factores que pueden medirse o rastrearse se encuentran las características demográficas (edad, educación, ingresos), los trastornos

psíquicos o de personalidad las toxicomanías y los antecedentes de comportamientos agresivos o de haber sufrido maltrato

- En el *segundo nivel* se abordan las relaciones más cercanas como las mantenidas con la familia los amigos las parejas y los compañeros y cómo aumentan éstas el riesgo de sufrir o perpetrar actos violentos
- En el *tercer nivel* se exploran los contextos comunitarios en los que se desarrollan las relaciones sociales como las escuelas los lugares de trabajo y el vecindario y se intenta identificar las características de estos ámbitos que aumentan el riesgo de actos violentos A este nivel dicho riesgo puede estar influido por factores como la movilidad de residencia la densidad de población unos niveles altos de desempleo o la existencia de tráfico de drogas en la zona
- El *cuarto nivel* se interesa por los factores de carácter general relativos a la estructura de la sociedad que contribuyen a crear un clima en el que se alienta o se inhibe la violencia como la posibilidad de conseguir armas y las normas sociales y culturales En este nivel otros factores más generales son las políticas sanitarias económicas educativas y sociales que contribuyen a mantener las desigualdades económicas o sociales entre los grupos de la sociedad

En el modelo el solapamiento de los niveles ilustra cómo los factores de cada nivel refuerzan o modifican los de otro Así por ejemplo un individuo de personalidad agresiva tiene más probabilidades de actuar violentamente en el seno de una familia o una comunidad que acostumbra a resolver los conflictos mediante la violencia que si se encuentra en un entorno más pacífico El aislamiento social factor comunitario muy

frecuente en el maltrato de ancianos puede estar influido tanto por factores sociales (por ejemplo un menor respeto a los ancianos en general) como relacionales (la pérdida de amigos y familiares)

Además de ayudar a esclarecer las causas de la violencia y sus complejas interacciones el modelo ecologico también pone de manifiesto que para prevenirla es necesario actuar en varios niveles a la vez

1.4.1.1.5 Del análisis a la acción

En el ámbito de la salud pública las intervenciones se clasifican tradicionalmente en tres niveles de prevención

- **Prevención primaria** actuaciones dirigidas a prevenir la violencia antes de que ocurra
- **Prevención secundaria** medidas centradas en las respuestas mas inmediatas a la violencia como la atención pre-hospitalaria los servicios de urgencia o el tratamiento de las enfermedades de transmisión sexual después de una violación
- **Prevención terciaria** intervenciones centradas en la atención prolongada después de actos violentos como la rehabilitación y la reintegración y los intentos por aminorar los traumas o las discapacidades de larga duración asociadas con la violencia

Estos tres niveles se definen desde el punto de vista temporal es decir en función de que la prevención se produzca antes que el acto violento inmediatamente despues o a largo plazo

Segun lo indica la OMS (2002) los investigadores se inclinan cada vez más por una definición de la prevención de la violencia centrada en el grupo al que va destinada Esta definición agrupa las intervenciones de la manera siguiente

- Intervenciones generales están dirigidas a grupos o a la población general y no tienen en cuenta el nesgo individual son ejemplo de ello las enseñanzas sobre prevención de la violencia impartidas a todos los alumnos de una escuela o a los niños de una edad determinada asi como las campanas de ámbito comunitario en los medios de comunicacion
- Intervenciones seleccionadas están dirigidas a las personas consideradas en mayor riesgo de padecer o cometer actos violentos (es decir las que reunen uno o mas factores de nesgo)
- Intervenciones indicadas están dirigidas a las personas con antecedentes de comportamiento violento como el tratamiento para los perpetradores de actos de violencia doméstica

1 4 1 2 Las formas y los contextos de la violencia

Existen muchos tipos distintos de violencia y se producen en muy diversos contextos tales como la violencia interpersonal la autoinfligida y la colectiva

1 4 1 2 1 Violencia interpersonal

La violencia interpersonal abarca tanto la violencia intrafamiliar (abuso sexual infantil maltrato a la mujer abuso contra personas ancianas y con discapacidad) y la violencia comunitaria

Por cada persona que muere a consecuencia de actos violentos hay muchas más que sufren lesiones físicas o psíquicas. Los datos oficiales sobre los casos no mortales son a menudo incompletos, sobre todo en los tipos de violencia interpersonal que comportan un estigma social.

De acuerdo a la OMS (2002) las características de la violencia interpersonal difieren notablemente entre las diversas regiones del mundo. Tanto el maltrato de niños y ancianos como la violencia de pareja son problemas frecuentes en todos los países, pero en comparación con otras regiones, las tasas de violencia juvenil son excepcionalmente elevadas en África y América Latina. Algunas formas de violencia sexual, como los matrimonios precoces y la trata de menores, son más frecuentes en África y el sur de Asia que en cualquier otro lugar.

1 4 1 2 1 1 Los jóvenes y la violencia

La violencia juvenil (la que afecta a personas de edades comprendidas entre los 10 y los 29 años) comprende un abanico de actos agresivos que van desde la intimidación y las peleas hasta formas más graves de agresión y el homicidio. En todos los países, los

varones jóvenes son tanto los principales perpetradores como las principales víctimas de los homicidios

De acuerdo a lo señalado por la OMS (2002) las tasas más elevadas de homicidio juvenil se registran en África y América Latina y las más bajas corresponden a Europa Occidental y algunas zonas de Asia y el Pacífico. Con la notable excepción de los Estados Unidos, la mayor parte de los países con tasas de homicidio juvenil superiores al 10 por 100 000 son países en desarrollo o países que están sumidos en la agitación del cambio social y económico. Se calcula que por cada joven muerto a consecuencia de la violencia entre 20 y 40 sufren lesiones que requieren tratamiento hospitalario.

Algunos niños presentan problemas de comportamiento en la primera infancia que van derivando hacia formas más graves de agresión al entrar en la adolescencia y suelen persistir en la vida adulta. Sin embargo, la mayoría de los jóvenes que se comportan de forma violenta lo hacen durante periodos más limitados en la adolescencia y tras haber mostrado pocos o ningún signo de problemas de comportamiento durante la infancia. A menudo, estos jóvenes que sólo delinquen durante la adolescencia buscan emociones y es frecuente que cometan los actos violentos en compañía de un grupo de amigos. Los jóvenes tienden también a verse involucrados en una amplia gama de comportamientos antisociales y cometen más delitos no violentos que violentos. Entre los jóvenes con comportamientos violentos y delictivos, la presencia de alcohol, drogas o armas aumenta las probabilidades de que la violencia lleve aparejadas lesiones o la muerte.

Los factores que contribuyen a la violencia juvenil abarcan todos los niveles del modelo ecológico. El comportamiento violento o delictivo antes de los 13 años es un factor individual significativo, así como la impulsividad, las actitudes o las creencias agresivas y los malos resultados escolares. El hecho de haber sufrido castigos físicos severos o presenciado actos de violencia en el hogar, la falta de supervisión y vigilancia por parte de los padres y la asociación con compañeros delincuentes son otros factores importantes.

En los niveles comunitario y social, algunos datos parecen indicar que la exposición a la violencia en los medios de comunicación incrementa a corto plazo las agresiones, aunque no son concluyentes en cuanto a la influencia de los medios de comunicación en las formas más graves de violencia (como las agresiones u homicidios), ni en su repercusión a largo plazo.

Las investigaciones sobre otros factores comunitarios y sociales demuestran que los jóvenes que viven en barrios y comunidades con altas tasas de delincuencia y pobreza corren mayor riesgo de verse involucrados en actos violentos. Además, las tasas de violencia juvenil aumentan en tiempos de conflicto armado y represión, y cuando el conjunto de la sociedad atraviesa por un periodo de cambio social y político. También son elevadas en los países en los que las políticas de protección social son débiles, hay grandes desigualdades en los ingresos e impera una cultura de la violencia.

1 4 1 2 1 2 Violencia contra la pareja

La violencia contra la pareja se produce en todos los países en todas las culturas y en todos los niveles sociales sin excepción aunque algunas poblaciones (por ejemplo los grupos de bajos ingresos) corren mayor riesgo que otras. Además de las agresiones físicas como los golpes o las patadas este tipo de violencia comprende las relaciones sexuales forzadas y otras formas de coacción sexual los malos tratos psíquicos como la intimidación y la humillación y los comportamientos controladores como aislar a una persona de su familia y amigos o restringir su acceso a la información y la asistencia.

Aunque las mujeres pueden agredir a sus parejas masculinas y también se dan actos violentos en parejas del mismo sexo la violencia de pareja es soportada en proporción abrumadora por las mujeres e infligida por los hombres.

La mayoría de las víctimas de agresiones físicas se ven sometidas a múltiples actos de violencia durante largos periodos y suelen sufrir más de un tipo de maltrato.

En todo el mundo los hechos desencadenantes de la violencia son muy similares en las relaciones en las que existe maltrato. Entre ellos se cuentan la desobediencia o las discusiones con la pareja masculina preguntarle acerca del dinero o de sus amistades femeninas no tener la comida preparada a tiempo no cuidar satisfactoriamente de los niños o de la casa negarse a mantener relaciones sexuales y la sospecha del varón de que la mujer le es infiel.

Son muchos los factores que se han relacionado con el riesgo de que un hombre agrede físicamente a su pareja. Entre los factores individuales destacan los antecedentes de violencia en la familia del varón (sobre todo el hecho de haber visto golpear a su propia madre) y el abuso del alcohol por parte de éste. A nivel interpersonal, los indicadores más constantes de la violencia de pareja son los conflictos o la discordia en la relación y un bajo nivel de ingresos. Hasta el momento, no se sabe con certeza por qué los bajos ingresos elevan el riesgo de violencia. Puede deberse a que los bajos ingresos proporcionan un motivo fácil de discordia conyugal o dificultan a la mujer el abandono de relaciones violentas o insatisfactorias por otras razones. Puede ser también consecuencia de otros factores que acompañan a la pobreza, como el hacinamiento o la desesperanza.

Las mujeres son particularmente vulnerables al maltrato infligido por la pareja en las sociedades en las que existen importantes desigualdades entre hombres y mujeres, rigidez en los roles de los géneros, normas culturales que respaldan el derecho del hombre a mantener relaciones sexuales con independencia de los sentimientos de la mujer y sanciones blandas para estos comportamientos. Estos factores pueden determinar que para una mujer sea difícil o peligroso abandonar una relación en la que se producen malos tratos. Y ni siquiera cuando lo hace queda garantizada su seguridad, ya que la violencia puede a veces continuar e incluso agravarse después de que una mujer ha abandonado a su pareja.

1 4 1 2 1 3 Maltrato y abandono de menores por parte de padres y otros cuidadores

Indica la OMS (2002) que tal como ocurre en la violencia de pareja el maltrato de menores comprende agresiones físicas sexuales y psíquicas además del abandono

El homicidio infantil constituye una realidad alarmante Son los niños muy pequeños los que corren mayor riesgo en la población de entre 0 y 4 años las tasas de homicidio son mas de dos veces superiores a las registradas en los niños de entre 5 y 14 años La causa mas frecuente de muerte la constituyen los traumatismos craneales seguidos de los traumatismos abdominales y la asfixia intencionada

En cuanto al maltrato infantil no mortal la OMS (2002) hace referencia a estudios realizados en varios países que indican que los menores de 15 años sufren a menudo malos tratos o abandono que hacen necesaria la atención médica y la intervención de los servicios sociales No se conoce el numero de menores que son víctimas de abusos sexuales en el mundo pero las investigaciones indican que aproximadamente el 20% de las mujeres y el 5%–10% de los hombres los han sufrido durante la infancia

Entre los factores individuales la edad y el sexo desempeñan un papel importante en la victimización Por lo general son los niños pequeños los que corren mayor riesgo de maltrato físico mientras que las mayores tasas de abusos sexuales se dan entre menores que han alcanzado la pubertad o la adolescencia En la mayor parte de los países los niños sufren golpes y castigos físicos con mayor frecuencia que las niñas

mientras que éstas corren mayor riesgo de infanticidio, abusos sexuales y abandono así como de verse obligadas a prostituirse (OMS 2002). Otro factor que aumenta la vulnerabilidad del menor al maltrato es el hecho de ser educado por un solo progenitor o por progenitores muy jóvenes y sin el respaldo de una familia extensa. También son factores de riesgo el hacinamiento en el hogar o la existencia en éste de otras relaciones violentas (por ejemplo entre los padres).

Las investigaciones indican que en muchos países las mujeres recurren al castigo físico más a menudo que los hombres, probablemente porque son las que pasan más tiempo con los hijos. Sin embargo, cuando la violencia física causa lesiones graves o mortales, es más frecuente que la hayan perpetrado hombres, y también son ellos los que cometen la mayor parte de los abusos sexuales. Entre los factores que aumentan las probabilidades de que un padre u otro cuidador maltrate a un menor se cuentan las expectativas poco realistas sobre el desarrollo del niño, el escaso control de los impulsos, el estrés y el aislamiento social. El maltrato de menores guarda relación con la pobreza y con la carencia de capital social, es decir, de las redes sociales y las relaciones vecinales que, según se ha demostrado, protegen a los niños.

1.4.1.2.1.4 Maltrato de ancianos

El maltrato de los ancianos a manos de sus parientes u otros cuidadores es un problema social grave. Además, es probable que vaya en aumento porque en muchos países la población está envejeciendo rápidamente.

Al igual que el maltrato de menores el maltrato de ancianos comprende agresiones físicas sexuales y psíquicas así como el abandono. Los ancianos son especialmente vulnerables a los abusos económicos es decir al uso inadecuado de sus fondos y recursos por parte de parientes u otros cuidadores

En las residencias de ancianos el maltrato consiste en emplear medios físicos de coerción privar a los pacientes de su dignidad y de la posibilidad de decidir en asuntos cotidianos o dispensarles una atención deficiente

Hay diversas situaciones que aumentan particularmente el riesgo de que los ancianos sean víctimas de la violencia. En algunos casos las relaciones familiares tensas empeoran debido al estrés y la frustración a medida que la persona de edad avanzada se vuelve dependiente. En otros el hecho de que el cuidador dependa del anciano para su alojamiento o sustento económico es fuente de conflictos. También los cambios sociales pueden desempeñar un papel importante. En algunas sociedades las redes familiares o comunitarias que en el pasado brindaban apoyo a las generaciones de más edad se están debilitando debido a los rápidos cambios socioeconómicos

Los hombres ancianos corren un riesgo de sufrir maltrato por parte de sus conyuges hijos adultos u otros parientes de proporciones similares al que corren las mujeres pero en las culturas en las que las mujeres ocupan una situación social inferior las ancianas corren un riesgo especialmente alto por ejemplo de ser abandonadas cuando enviudan y de que se les arrebaten sus propiedades. Algunas creencias tradicionales ponen asimismo a las mujeres de edad avanzada en peligro de sufrir violencia física

En centros como hospitales y residencias de ancianos el maltrato es más frecuente cuando los niveles de atención son bajos el personal está mal preparado o tiene exceso de trabajo las interacciones entre el personal y los ancianos son difíciles o el entorno físico es deficiente y allí donde las políticas favorecen más a los intereses del centro que a los internos Además pocos médicos o enfermeras han recibido formación para diagnosticar el maltrato en los ancianos y los sistemas de salud no siempre consideran prioritaria la atención a la población de edad avanzada

1.4.1.2.1.5 Violencia sexual

La violencia sexual comprende una gran diversidad de actos como las relaciones sexuales bajo coacción en el matrimonio y en las citas las violaciones por parte de extraños las violaciones sistemáticas durante los conflictos armados el acoso sexual (incluida la petición de favores sexuales a cambio de trabajo o calificaciones escolares) los abusos sexuales de menores la prostitución forzada y la trata de personas los matrimonios precoces y los actos violentos contra la integridad sexual de las mujeres como la mutilación genital y las inspecciones obligatorias de la virginidad Tanto hombres como mujeres pueden además sufrir violaciones estando detenidos o encarcelados

La mayor parte de las agresiones sexuales tienen como víctimas a mujeres y niñas y son perpetradas por hombres y niños Sin embargo la violación de hombres y niños por otros hombres es un problema constatado y se registran igualmente coacciones a hombres jóvenes por parte de mujeres mayores para mantener relaciones sexuales

Segun los datos disponibles en algunos paises casi una de cada cuatro mujeres señala haber sido victima de violencia sexual por parte de su pareja y hasta una tercera parte de las adolescentes han sufrido una iniciación sexual forzada. Los datos indican también que cientos de miles de mujeres y niñas de todo el mundo son compradas y vendidas cada ano con destino a la prostitución o la esclavitud sexual o se ven sometidas a abusos sexuales en escuelas lugares de trabajo y entornos sanitarios y de atención a refugiados.

La violencia sexual repercute hondamente en la salud física y mental de las victimas. Al igual que las lesiones se asocia a un mayor riesgo de diversos problemas sexuales y reproductivos con consecuencias que se manifiestan tanto de inmediato como muchos años después de la agresión. En la salud mental las repercusiones son tan graves como en la física y pueden ser también muy duraderas. La mortalidad asociada a la violencia sexual puede deberse al suicidio a la infección por el VIH o al homicidio bien durante la agresión o bien ulteriormente en los asesinatos por honor.

Hay varios factores que aumentan el riesgo de que una persona se vea forzada a mantener relaciones sexuales y otros que a su vez aumentan el riesgo de que un individuo obligue a otra persona a mantenerlas. Además existen en el entorno social factores que influyen en la probabilidad de que se produzcan violaciones y en la reacción a éstas. En comparación con los hombres que no son sexualmente violentos en los hombres que sí lo son se dan con más frecuencia las fantasías sexuales de tipo coactivo la preferencia por las relaciones sexuales impersonales y una mayor hostilidad hacia las mujeres. Se ha relacionado también el comportamiento sexualmente violento

en varones con el hecho de haber presenciado escenas de violencia familiar y de haber tenido padres emocionalmente distantes y desatentos. Otros factores que contribuyen a ello son la pobreza y la vida en una comunidad que tolera la violencia sexual y la castiga con sanciones blandas. La violencia sexual es también más frecuente allí donde impera un firme convencimiento de los derechos sexuales del varón o los roles de los sexos son más rígidos y en los países con altas tasas de violencia de otros tipos.

1.4.1.2.1.6 La dinámica de la violencia interpersonal

Las diversas formas de la violencia interpersonal tienen en común muchos factores de riesgo. Algunos consisten en características psíquicas y del comportamiento, como un escaso control de éste, una baja autoestima y trastornos de la personalidad y la conducta. Otros están ligados a experiencias como la falta de lazos emocionales y de apoyo, el contacto temprano con la violencia en el hogar (ya sea como víctimas directas o como testigos) y las historias familiares o personales marcadas por divorcios o separaciones. El abuso de drogas y alcohol se asocia con frecuencia a la violencia interpersonal, y entre los factores comunitarios y sociales más importantes se destacan la pobreza, las disparidades en los ingresos y las desigualdades entre los sexos.

Los distintos tipos de violencia están además muy interrelacionados. Por ejemplo, los niños que han sido rechazados o descuidados o han sufrido castigos físicos severos por parte de los padres corren mayor riesgo de adoptar comportamientos agresivos y antisociales, incluso de infligir malos tratos cuando son adultos. Los niños corren mayor riesgo de ser víctimas de maltrato en las familias en las que los adultos actúan

violentamente unos contra otros. En general, se observa que los factores de la primera infancia son comunes a la mayor parte de los tipos de violencia interpersonal.

Existen asimismo diferencias clave entre los distintos tipos de violencia interpersonal. El comportamiento agresivo en la comunidad, incluida la violencia juvenil, suele ser muy visible, mientras que el maltrato y el abandono en la familia o la pareja son muy furtivos y quedan ocultos a la mirada de los demás. Las armas utilizadas difieren notablemente en unos y otros tipos de violencia. Por ejemplo, tanto en las diversas formas de violencia familiar como en la violencia sexual y la de pareja se usan preferentemente los puños, los pies y los objetos; en la violencia juvenil, en cambio, es más frecuente el empleo de armas letales, tanto blancas como de fuego.

También se observan diferencias en la medida en que se consideran delictivos los diversos tipos de violencia y en la disposición de las autoridades a actuar contra ellos. Por lo general, la policía y los tribunales están mucho más dispuestos a ocuparse de los comportamientos violentos de los jóvenes y de otras personas en la comunidad que de la violencia intrafamiliar, ya se trate de maltrato de menores, de crueldad con los ancianos o de actos violentos de hombres contra sus parejas. En muchos países existe una clara renuencia pública a reconocer la violencia sexual o a emprender acciones contra ella. Incluso allí donde existen leyes para proteger a las personas de la violencia, no siempre se hacen cumplir. En algunos países, entre los perpetradores de actos violentos se cuentan también las fuerzas de seguridad del Estado. La cultura desempeña un papel fundamental al establecer la frontera entre comportamientos aceptables y abusivos y definir la respuesta a la violencia.

1 4 1 2 2 Violencia autoinfligida

En gran parte del mundo el suicidio está estigmatizado condenado por razones religiosas o culturales y en algunos países el comportamiento suicida constituye un delito castigado por la ley Es un acto subrepticio y rodeado de tabues y es probable que no se reconozca se clasifique erróneamente o se oculte de forma deliberada en las actas oficiales de defunción

1 4 1 2 2 1 Magnitud del problema

El suicidio es la decimotercera causa de muerte en el mundo Las tasas más elevadas se registran en los países de Europa Oriental y las más bajas principalmente en América Latina y unos pocos países de Asia

En general las tasas de suicidio aumentan con la edad Entre las personas mayores de 75 años son aproximadamente tres veces superiores a las de la población de 15 a 24 años Sin embargo las cifras absolutas más altas se registran mayoritariamente entre los menores de 45 años En la población de edad comprendida entre los 15 y los 44 años las lesiones autoinfligidas constituyen la cuarta causa de muerte y la sexta causa de mala salud y discapacidad

En el mundo se producen una media de tres suicidios masculinos por cada suicidio femenino proporción que también varía mucho entre los distintos países

Las tasas de suicidio también varían dentro de los países entre las poblaciones urbanas y rurales y entre diferentes grupos raciales y étnicos. Por ejemplo, es frecuente que las tasas de suicidio sean más elevadas en los pueblos indígenas que en el resto de la población de un país.

Sólo una minoría de quienes tienen tendencias suicidas llegan a quitarse la vida. Se calcula que, por término medio, se producen entre dos y tres intentos de suicidio por cada suicidio consumado entre los mayores de 65 años, mientras que en la población menor de 25 años la proporción entre actos suicidas no mortales y mortales puede llegar a ser de 100–200.¹ Aproximadamente el 10% de las personas que intentan suicidarse termina por quitarse la vida, y una proporción mayor de ellos albergan pensamientos suicidas pero nunca intentan matarse. Por lo general, las mujeres tienen más pensamientos suicidas que los hombres.

1.4.1.2.2.2 La dinámica del suicidio

Diversos acontecimientos o circunstancias estresantes, como la pobreza, el desempleo, la pérdida de personas queridas, las discusiones con la familia o los amigos, la ruptura de las relaciones y los problemas legales o relacionados con el trabajo, pueden aumentar el riesgo de que las personas atenten contra sí mismas. Aunque estas experiencias son frecuentes, sólo una minoría se ve impulsada a suicidarse. Para que estos factores se precipiten o desencadenen el suicidio, deben sobrevenirles a personas predispuestas o particularmente propensas, por otros motivos, a atentar contra sí mismas.

Al igual que ocurre con la violencia interpersonal los factores de riesgo predisponentes son el abuso del alcohol y las drogas los antecedentes de abusos físicos o sexuales en la infancia y el aislamiento social. Influyen también problemas psiquiátricos tales como la depresión y otros trastornos anímicos la esquizofrenia y un sentimiento general de desesperanza. Las enfermedades somáticas sobre todo las dolorosas o discapacitantes son otro factor destacado. El acceso a los medios para quitarse la vida (Armas medicamentos y venenos agrícolas) es un importante factor de riesgo en sí mismo y un determinante significativo del éxito o el fracaso de los intentos.

Un intento previo de suicidio tiene gran valor como factor predictivo de un ulterior acto suicida mortal sobre todo en los seis meses siguientes al primer intento.

Varios factores protegen a las personas de las ideas o actos suicidas la alta autoestima la conexión social especialmente con la familia y los amigos el respaldo social un matrimonio estable y feliz y el compromiso con una religión.

1 4 1 2 3 Violencia colectiva

La violencia colectiva en sus múltiples formas recibe mucha atención pública. Los conflictos violentos entre naciones y grupos el terrorismo de Estado y de grupos las violaciones como instrumento bélico el movimiento de gran número de personas desplazadas de sus hogares y las guerras entre bandas son sucesos que ocurren a diario en muchos lugares del mundo. Sus efectos sobre la salud materializados en muertes enfermedades somáticas discapacidades y angustia son muy amplios.

1 4 1 2 3 1 La dinámica de los conflictos violentos

Las raíces de los conflictos violentos suelen ser profundas y pueden obedecer a tensiones de larga data entre grupos. La Carnegie Commission on Preventing Deadly Conflict (1997) ha identificado varios factores que ponen a los Estados en riesgo de conflictos violentos

La ausencia de procesos democráticos y el acceso desigual al poder. El riesgo es especialmente alto cuando dicho poder emana de una identidad étnica o religiosa y cuando los dirigentes practican la represión y están dispuestos a violar los derechos humanos

Las desigualdades sociales caracterizadas por grandes diferencias en la distribución y el acceso a los recursos. Son más probables los conflictos en situaciones de declive económico que exacerban las desigualdades sociales e intensifican la competencia por los recursos

El control de recursos naturales valiosos como piedras preciosas, petróleo, madera y drogas por parte de un solo grupo

Los cambios demográficos rápidos que desbordan la capacidad del Estado para ofrecer servicios esenciales y oportunidades de trabajo

También es un factor importante el acceso a las armas, sobre todo después de conflictos en los que la desmovilización no se ha acompañado del desarme o de la creación de puestos de trabajo para los antiguos soldados

Algunos aspectos de la globalización contribuyen a que surjan conflictos. En particular es probable que la fragmentación y marginalización de algunos países y grupos, la intensa competencia por los recursos y las crecientes desigualdades en ciertas sociedades generen condiciones que aumenten la probabilidad de que se produzcan conflictos políticos violentos. Ninguno de estos factores por sí solo basta para desencadenar un conflicto, pero la combinación de varios de ellos puede crear las condiciones para que brote la violencia.

1.4.1.3 Prevención de la violencia

Según la OMS (2002) la violencia es un problema polifacético de raíces biológicas, psicológicas, sociales y ambientales, y para el que no existe una solución sencilla o única. Es una cuestión que debe abordarse a varios niveles y en múltiples sectores de la sociedad simultáneamente. Basándose en la perspectiva aportada por el modelo ecológico, es posible orientar los programas y las políticas de prevención de la violencia hacia los individuos, las relaciones, las comunidades y las sociedades en su conjunto, y aplicarlos en colaboración con distintos sectores de la sociedad: en escuelas, lugares de trabajo y otros centros, y sistemas de justicia penal. La prevención de la violencia tendrá más probabilidades de éxito si es integral y con base científica. Por lo general, las intervenciones emprendidas en la infancia y las prolongadas suelen ser más eficaces que los programas a corto plazo.

1 4 1 3 1 Estrategias a nivel individual

A nivel individual la prevención de la violencia se centra fundamentalmente en dos objetivos

Fomentar las actitudes y los comportamientos saludables en los niños y los jóvenes para protegerlos durante el desarrollo

Modificar las actitudes y los comportamientos en los individuos que ya se han hecho violentos o corren el riesgo de atentar contra sí mismos

Entre las estrategias a nivel individual podemos citar

Programas de educación como los que ofrecen incentivos para que los alumnos terminen la enseñanza secundaria formación vocacional para jóvenes y adultos jóvenes desfavorecidos y programas de información sobre el abuso de las drogas

Programas de desarrollo social como los orientados a prevenir la intimidación así como los programas preescolares de enriquecimiento Los programas de desarrollo social en particular tienen como objetivo mejorar el éxito escolar y las relaciones sociales y están concebidos para ayudar a los niños y adolescentes a adquirir aptitudes sociales controlar la ira resolver los conflictos y desarrollar una perspectiva moral

Programas terapéuticos como el asesoramiento a las víctimas de la violencia o a las personas que corren el riesgo de atentar contra sí mismas los grupos de

apoyo y la terapia comportamental para la depresión y otros trastornos psiquiátricos relacionados con el suicidio

Programas de tratamiento para las personas que corren el riesgo de intentar contra si mismas incluido el tratamiento médico de los trastornos psiquiátricos Existen también programas para los autores de delitos sexuales y las personas que maltratan a sus parejas o a sus hijos En estos programas suele utilizarse un formato grupal para discutir las cuestiones de género y enseñar aptitudes tales como el control de la ira y la asunción de responsabilidades por las propias acciones

La eficacia de estas estrategias varia en función de diversos factores Por ejemplo los programas de desarrollo social que prestan especial atención a las aptitudes de competencia y sociales figuran entre las estrategias más eficaces para prevenir la violencia juvenil pero parecen dar mejores resultados cuando se aplican a los niños de preescolar y enseñanza primaria que cuando se dirigen a los alumnos de enseñanza secundaria

Los programas de asesoramiento destinados a los hombres que maltratan a sus parejas han ayudado a algunos de ellos a modificar su comportamiento pero la tasa de abandonos suele ser muy elevada y muchos de los hombres remitidos a estos programas nunca acuden a ellos

1 4 1 3 2 Estrategias relacionales

Las estrategias relacionales tratan de influir en los tipos de relaciones que las víctimas y los perpetradores de actos violentos mantienen con las personas con las que interactúan más habitualmente. Sus objetivos son los problemas intrafamiliares como los conflictos conyugales, la ausencia de vínculos emocionales entre padres e hijos y la falta de disciplina o supervisión de los niños, así como las influencias negativas de los compañeros.

Entre las estrategias centradas en las relaciones se cuentan las siguientes:

Formación parental: estos programas tienen como objetivo mejorar los vínculos emotivos entre los padres y los hijos y alentar a los padres a utilizar métodos de crianza coherentes y ayudarlos a desarrollar el autocontrol.

Programas de tutoría: consisten en emparejar a una persona joven, en particular una que corra el riesgo de tener comportamientos antisociales, con un adulto ajeno a la familia que se preocupe por él o ella y pueda actuar como guía y modelo.

Programas de terapia familiar: con ellos se busca mejorar la comunicación y las interacciones entre los miembros de la familia, así como enseñar aptitudes de resolución de problemas que ayuden a padres e hijos.

Programas de visita domiciliar: en estos programas, una enfermera u otro profesional sanitario visita periódicamente los hogares de las familias con

especial necesidad de apoyo y orientación en el cuidado de los hijos o en los que se ha identificado un riesgo de maltrato de menores

Formación en aptitudes relacionales por lo general estos programas reúnen a grupos mixtos de hombres y mujeres con un moderador a fin de analizar problemas de género y de relación que intervienen en la violencia y adquirir las aptitudes para afrontarlos

1.4.1.3.3 Iniciativas de base comunitaria

Las actividades de prevención de la violencia basadas en la comunidad tienen como objetivos principales concienciar a la población y suscitar el debate público en torno a estas cuestiones fomentar las actuaciones comunitarias hacer frente a las causas sociales y materiales de la violencia en el ámbito local y establecer medidas para asegurar la asistencia y el apoyo a las víctimas

Entre las estrategias centradas en los factores comunitarios se cuentan las siguientes

Campañas de educación pública utilizando los medios de comunicación para dirigirse a comunidades enteras o campañas educativas para ámbitos específicos como escuelas lugares de trabajo y centros de atención de salud u otro tipo de instituciones

Modificaciones del medio físico como mejorar la iluminación de las calles establecer rutas seguras para que los niños y jóvenes vayan y vengan de la

escuela y vigilar y eliminar los contaminantes ambientales que puedan afectar al desarrollo infantil

Actividades extraescolares para los jóvenes como deportes teatro arte y musica

Formación de los policias los profesionales de la salud y la educacion y los empleadores para mejorar su capacidad de identificar los distintos tipos de violencia y darles respuesta

Programas de policía comunitaria para crear fórmulas de colaboración entre la policia y diversos grupos a nivel de la comunidad

Programas para ámbitos específicos como escuelas lugares de trabajo campos de refugiados e instituciones sanitarias (hospitales clinicas y residencias de ancianos entre otros) Estos tipos de programas se basan en modificar el entorno del centro mediante políticas directrices y protocolos adecuados

Intervenciones comunitarias coordinadas que involucran a muchos sectores con el propósito de mejorar los servicios y programas

1 4 1 3 4 Estrategias basadas en la sociedad

Las estrategias de reducción de la violencia basadas en la sociedad se centran en factores culturales sociales y económicos y en cómo éstos modelan diversos ámbitos y comunidades enteras

Entre las estrategias centradas en estos factores más generales de la sociedad se cuentan las siguientes

Medidas legislativas y judiciales como la promulgación o mejora de leyes contra la violencia sexual o de pareja o contra el castigo físico de los niños en el hogar la escuela u otros ámbitos leyes que estipulen la notificación obligatoria del maltrato de menores y ancianos y procedimientos para tratar los casos de violencia intrafamiliar o sexual

Tratados internacionales muchos tratados y convenios internacionales guardan relación con la prevención de la violencia Además de establecer modelos para las legislaciones nacionales son instrumentos sumamente valiosos para sensibilizar a la población

Modificaciones de las políticas a fin de reducir la pobreza y la desigualdad y mejorar el apoyo a las familias por ejemplo mediante planes de asistencia social y desarrollo económico creación de empleo mejora de la educación permisos de paternidad o maternidad empleo para las madres y medidas para garantizar la atención infantil

Esfuerzos por modificar las normas sociales y culturales Son especialmente importantes para hacer frente a los problemas de género la discriminación racial o étnica y las prácticas tradicionales lesivas todos ellos profundamente enraizados en el entramado social

Poner en práctica programas de desarme y desmovilización en los países que emergen de conflictos

1 4 2 Violencia contra las mujeres

1 4 2 1 Definición

El Artículo 1 de la Convención Interamericana para Prevenir Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer – Belem do Para (OEA 1994) define como violencia contra la mujer cualquier acción o conducta basada en su género que cause muerte daño o sufrimiento físico sexual o psicológico a la mujer tanto en el ámbito publico como en el privado

Se entenderá que violencia contra la mujer incluye la violencia física sexual y psicológica

- que tenga lugar dentro de la familia o unidad doméstica o en cualquier otra relación interpersonal ya sea que el agresor comparta o haya compartido el mismo domicilio que la mujer y que comprende entre otros violación maltrato y abuso sexual
- que tenga lugar en la comunidad y sea perpetrada por cualquier persona y que comprende entre otros violación abuso sexual tortura trata de personas prostitución forzada secuestro y acoso sexual en el lugar de trabajo así como en instituciones educativas establecimientos de salud o cualquier otro lugar y
- que sea perpetrada o tolerada por el Estado o sus agentes donde quiera que ocurra

1 4 2 2 Violencia contra la mujer infligida por su pareja

El Estudio multipaís de la OMS sobre salud de la mujer y violencia domestica contra la mujer (OMS 2005) el cual contempló principalmente la violencia contra la mujer infligida por su pareja incluyendo la violencia física sexual y psíquica y los comportamientos dominantes por parte de sus parejas actuales o anteriores y comprendiendo tanto la situación actual de las mujeres entrevistadas como sus experiencias anteriores concluyó que la violencia infligida por la pareja (también denominada violencia doméstica) se halla extendida en todos los países donde se realizó el Estudio

No obstante se registraron numerosas variaciones entre países y entre entornos dentro de un mismo país Si bien se observaron diferencias en función de la edad el estado civil y el nivel de instrucción estos factores socio-demográficos no explicaron las divergencias que se encontraron entre los distintos entornos El porcentaje de mujeres que habían tenido pareja alguna vez y que habían sufrido violencia física o sexual o ambas por parte de su pareja a lo largo de su vida oscilaba entre el 15% y el 71% aunque en la mayoría de los entornos se registraron índices comprendidos entre el 24% y el 53%

1 4 2 2 1 Medición de la violencia física o sexual infligida por la pareja

En el estudio realizado por la OMS (2005) la misma define la violencia física en función de la siguiente lista de actos violentos infligidos por la pareja donde la mujer ha sido

- abofeteada o le habian arrojado algun objeto que pudiera herirla
- empujada o le habian tirado del cabello
- golpeada con el puño u otra cosa que pudiera herirla
- golpeada con el pie arrastrada o había recibido una paliza
- estrangulada o quemada a propósito
- amenazada con una pistola un cuchillo u otra arma o se habia utilizado cualquiera de estas armas contra ella

La violencia sexual se definió en función de los tres comportamientos siguientes

- ser obligada a tener relaciones sexuales en contra de su voluntad
- tener relaciones sexuales por temor a lo que pudiera hacer su pareja
- ser obligada a realizar algun acto sexual que considerara degradante o humillante

1 4 2 2 2 Violencia física y violencia sexual

1 4 2 2 2 1 Gran diversidad en los datos sobre prevalencia

El estudio de la OMS (2005) destaca que los actos de violencia sexual son mucho menos frecuentes que los de violencia física en la mayoría de los entornos. En los países donde se estudiaron tanto ciudades grandes como entornos provinciales, los niveles globales de violencia infligida por la pareja fueron siempre más elevados en las provincias con una población rural más numerosa que en los núcleos urbanos.

1 4 2 2 2 2 Actos gravedad y frecuencia de la violencia física

La OMS (2005) clasifica la gravedad de los actos de violencia física en función de las probabilidades de que cause lesiones. La bofetada y el empujón se definen así como violencia moderada. El ser golpeada con el pie, arrastrada o amenazada con un arma, o la utilización de un arma contra la mujer, se define como violencia grave.

Según esta definición, el porcentaje de mujeres que alguna vez habían tenido pareja y habían sido víctimas de violencia física grave se situaba entre el 15% y el 30% en la mayoría de los países (OMS, 2005).

Cuando la mujer ya ha sido víctima alguna vez de violencia infligida por su pareja, es muy probable que en algún momento ocurra un acto de violencia grave.

Lejos de tratarse de un hecho aislado, la mayoría de los actos de violencia física infligida por la pareja sigue un patrón de maltratos continuados. La gran mayoría de las mujeres que han sido víctimas de maltratos físicos en manos de sus parejas han sufrido actos de violencia más de una vez, y en ocasiones con frecuencia.

1 4 2 2 2 3 Violencia sexual

El estudio de la OMS (2005) brinda información escalofrante acerca de la violencia sexual en diversos entornos mundiales. Por regla general, el porcentaje de mujeres que declararon haber sido víctimas de abusos sexuales por parte de su pareja oscilaba entre el 10% y el 50% en la mayoría de los entornos abarcados por el mismo.

En la mayoría de los entornos cerca del 50% de los casos de violencia sexual había sido consecuencia de la fuerza física mas que del miedo En todos los entornos hubo mujeres que habían sido forzadas por sus parejas a realizar actos sexuales que consideraban degradantes o humillantes

1 4 2 2 4 Superposicion entre la violencia física y sexual infligida por la pareja

El Estudio de la OMS (2005) ofrece uno de los primeros exámenes entre culturas de los patrones de violencia infligida por la pareja El patrón más comun es que las mujeres sean victimas de violencia física unicamente o de violencia física y sexual En la mayoria de los entornos entre el 30% y el 56% de las mujeres que habia sido víctimas de algun tipo de violencia por parte de su pareja informó que se habia tratado tanto de violencia física como sexual

1 4 2 2 3 Factores que protegen a la mujer o la exponen a una situación de riesgo

Existen diversos factores personales familiares y sociales que pueden proteger a la mujer de la violencia o ponerla en situación de mayor riesgo Adoptando un enfoque ecológico se pueden abarcar diversos factores en diferentes niveles y distintos contextos de la vida de una mujer a saber:

- *Factores individuales* Comprenden el nivel educativo de la mujer su autonomia financiera el historial de victimización anterior el nivel de potenciación de su

capacidad (empoderamiento) y apoyo social y si ha habido un historial de violencia en su familia cuando era niña

- *Factores relacionados con la pareja* Abarcan el nivel de comunicación del hombre con su mujer el consumo de alcohol y drogas su situación laboral si ha presenciado actos de violencia entre sus padres cuando era niño y si es agresivo físicamente con otros hombres
- *Factores relacionados con el contexto social inmediato* Comprenden el grado de desigualdad económica entre hombres y mujeres los niveles de movilidad y autonomía de la mujer las actitudes hacia los papeles asignados a cada sexo y la violencia contra la mujer la intervención de los familiares más cercanos vecinos y amigos en los incidentes de violencia doméstica el porcentaje de agresiones y delitos entre hombres así como la evaluación del capital social

1 4 2 2 3 1 Influencia que factores socio-demográficos tales como la edad la situación de la pareja y la educación ejercen sobre la prevalencia del maltrato

1 4 2 2 3 1 1 Edad

La OMS (2005) indica que las mujeres más jóvenes sobre todo con edades comprendidas entre 15 y 19 años tienen más riesgo de ser objeto de violencia física o sexual o ambas infligida por su pareja

Este patrón puede reflejar en parte el hecho de que los hombres más jóvenes suelen ser más violentos que los mayores y de que la violencia suele empezar temprano en

muchas relaciones. En algunos entornos es posible que un mayor número de mujeres jóvenes viviera con su pareja sin estar casada y estas mujeres por lo general presentan mayores riesgos de ser víctimas de violencia. También en algunos entornos las mujeres mayores tienen un estatus social más alto que las jóvenes y por ende pueden ser menos vulnerables a la violencia.

1.4.2.2.3.1.2 Estado de la relación

Las mujeres separadas o divorciadas usualmente son víctimas de muchos más actos de violencia infligida por sus parejas a lo largo de su vida que las mujeres casadas. También se dan más casos de violencia infligida por la pareja entre las mujeres que cohabitan (es decir que viven con un hombre) sin estar casadas. Se producen más casos de violencia entre las mujeres separadas o divorciadas lo que implica que en algunos casos la violencia puede persistir incluso después de la separación.

1.4.2.2.3.1.3 Educación

En el Estudio de la OMS (2005) se comprobó que en muchos entornos cuanto mayor era el nivel educativo menor era el número de casos de violencia. Se observó que el efecto protector de la educación parece empezar cuando la mujer cursa estudios más allá de la escuela secundaria. Puede ser que las mujeres con un mayor nivel educativo tengan más posibilidades de elegir a su pareja y mayor capacidad para elegir entre casarse o no y sean capaces de negociar mayor autonomía y control de los recursos dentro del matrimonio.

1 4 2 2 4 Maltrato psíquico infligido por la pareja

En las investigaciones cualitativas se muestra de forma sistemática que las mujeres a menudo consideran el maltrato psíquico más devastador que la violencia física. Los actos específicos de maltrato psíquico infligido por la pareja incluidos en un Estudio de la OMS (2005) son los siguientes

- ser insultada o hacerla sentirse mal sobre ella misma
- ser humillada delante de los demás
- ser intimidada o asustada a propósito (por ejemplo por una pareja que grita y tira cosas)
- ser amenazada con daños físicos (de forma directa o indirecta mediante la amenaza de herir a alguien importante para la mujer)

En todos los países objeto del Estudio entre el 20% y el 75% de las mujeres había experimentado como mínimo uno de estos actos en su mayoría en los últimos 12 meses previos a la entrevista. Los que más se mencionaron fueron los insultos, la humillación y la intimidación. Las amenazas con daños físicos fueron menos frecuentes. Entre las mujeres que informaron haber sido objeto de este tipo de violencia al menos dos tercios había sufrido la experiencia en más de una ocasión.

1 4 2 2 5 Comportamiento dominante

Los hombres que infligen maltratos psíquicos a sus parejas también registran un porcentaje más elevado de comportamiento dominante que los hombres que no lo hacen. Se define el comportamiento dominante de la pareja de una mujer incluyendo los actos siguientes:

- impedirle ver a sus amigas
- limitar el contacto con su familia carnal
- insistir en saber dónde está en todo momento
- ignorarla o tratarla con indiferencia
- enojarse con ella si habla con otros hombres
- acusarla constantemente de serle infiel
- controlar su acceso a la atención para la salud

Existen numerosas diferencias en cuanto al grado en el que dicho comportamiento se considera aceptable (normativo) en las diferentes culturas. La violencia física o sexual o ambas, suele ir acompañada de un comportamiento más dominante de la pareja.

1 4 2 2 6 Actitud de la mujer ante la violencia

Existen dos aspectos importantes de la actitud de la mujer ante la violencia de su pareja:

- las circunstancias en que la mujer considera que es aceptable golpear o agredir a la mujer
- las creencias de las mujeres sobre si pueden negarse a tener relaciones sexuales con su mando y cuándo pueden hacerlo

Las variaciones más marcadas se producen entre los entornos urbanos e industrializados y los entornos rurales y tradicionales. En todos los entornos, el motivo más común para justificar la violencia es la infidelidad de la mujer. Desobedecer al mando o a la pareja es el siguiente motivo más aceptado.

En casi todos los casos y para todos los motivos expuestos, la aceptación de los motivos para pegar a la mujer es más elevada entre mujeres que han sido víctimas de violencia que entre las que no lo han sido, lo que puede indicar que las mujeres aprenden a "aceptar" la violencia en situaciones en las que son víctimas de la misma, o que las mujeres que consideran la violencia como algo normal tienen más posibilidades de establecer o tolerar relaciones violentas.

1.4.2.3 La violencia infligida por la pareja y la salud de la mujer

La relación entre la violencia infligida por la pareja, por un lado, y las lesiones y la mala salud de las mujeres, por otro, se ha convertido en un importante tema de salud pública. Según estudios de la OMS (2005) se ha encontrado un fuerte vínculo entre la violencia y los síntomas físicos y mentales de salud precaria.

1 4 2 3 1 Lesiones derivadas de la violencia física

Acorde a lo expuesto por la OMS en su estudio (2005) la prevalencia de lesiones entre las mujeres que alguna vez habían sido víctimas de violencia oscilaba entre el 19% y el 55% y estaba asociada con los casos de violencia grave. Aunque la mayoría de las lesiones eran leves (moretones, rasguños, cortes, pinchazos y mordiscos) en algunos entornos era común encontrar lesiones más graves (huesos rotos, daños en oídos y ojos).

1 4 2 3 2 La violencia infligida por la pareja y la salud física

Es mucho más probable que las mujeres que han sido víctimas de violencia infligida por su pareja afirmen tener mala o muy mala salud en comparación con las mujeres que nunca han sufrido maltrato por parte de su pareja. También es más probable que las mujeres que alguna vez han sido víctimas de violencia hayan tenido problemas al caminar y realizar sus tareas cotidianas o hubieran sentido dolores, pérdida de memoria, mareos y pérdidas vaginales. Cabe señalar, en particular, que los problemas de salud recientes para estas mujeres están relacionados con experiencias de violencia a lo largo de la vida. Ello sugiere que los efectos físicos de la violencia pueden persistir mucho después de que la experiencia violenta haya finalizado o que el maltrato acumulado afecta a la salud en mayor medida.

1 4 2 3 3 La violencia infligida por la pareja y la salud mental

Es comun que las mujeres que han sido victimas de violencia infligida por su pareja tengan problemas de salud mental angustia emocional y comportamientos suicidas Se puede identificar la angustia emocional mediante síntomas como el llanto fácil la incapacidad para disfrutar de la vida la fatiga y los pensamientos suicidas

La OMS (2005) indica que las mujeres que han tenido pareja alguna vez y que han sufrido violencia física o sexual o ambas por parte de su pareja registran unos niveles considerablemente más altos de angustia emocional en comparación con aquellas que no han sido víctimas de violencia

Asimismo es mucho más probable que las mujeres que han sido víctimas de violencia infligida por su pareja hayan pensado en suicidarse alguna vez y que lo hubieran intentado en comparación con las mujeres que no habian sido víctimas de violencia

1 4 2 3 4 La violencia infligida por la pareja y la salud reproductiva

1 4 2 3 4 1 Violencia durante el embarazo

Segun resultados del estudio realizado por la OMS (2005) el porcentaje de mujeres que alguna vez habían estado embarazadas y habian sido victimas de violencia física durante al menos un embarazo superaba el 5% en 11 de los 15 entornos examinados Entre el 25% y el 50% de las mujeres que habian sufrido maltrato físico durante el

embarazo había recibido patadas y puñetazos en el abdomen. En todos los entornos estudiados, salvo en uno, entre el 11% y el 44% de las mujeres que alguna vez habían estado embarazadas y habían sido víctimas de violencia declaró haberlo sido durante el Embarazo. En todos los entornos, más del 90% de las mujeres había sido víctima de violencia infligida por el padre biológico del hijo en gestación. En casi todos los casos, el padre biológico vivía con la mujer en el momento de la agresión.

Aunque la mayoría de las mujeres que habían sido golpeadas durante el embarazo había sido víctima de violencia física anteriormente, entre el 13% (Etiopía) y aproximadamente el 50% (el entorno urbano de Brasil y Serbia y Montenegro) afirmó haber sido golpeada por primera vez durante el embarazo.

La mayoría de las mujeres que habían sido víctimas de violencia antes y durante el embarazo en todos los entornos declararon que, en el último embarazo durante el cual sufrieron malos tratos, el grado de violencia fue igual, menor o menos frecuente que antes del embarazo. Los resultados confirman las conclusiones obtenidas tanto en los países en desarrollo como en los industrializados de que el embarazo constituye con frecuencia un estado que protege contra la violencia, aunque esta conclusión no se aplica a todas las culturas.

1.4.2.3.4.2 Abortos espontáneos o inducidos

Las mujeres que se encuentran embarazadas y que son víctimas de violencia infligida por su pareja pueden sufrir más abortos inducidos que aquellas que no viven una

situación de violencia domestica También es más probable que las mujeres maltratadas tengan algun aborto espontáneo en comparación con las mujeres que nunca han sido victimas de violencia infligida por su pareja

1 4 2 4 Defensa y respuesta contra la violencia infligida por la pareja

Segun la OMS (2005) los estudios más recientes llevados a cabo sobre las respuestas de las mujeres a la violencia infligida por su pareja se han centrado en las mujeres que utilizan los servicios de apoyo como refugios o servicios de asesoramiento Sin embargo al nivel de la población se sabe poco sobre la respuesta de la mujer a la violencia o sobre la ayuda que recibe de las redes informales (familia amigos etc) y de los servicios de salud o sociales

1 4 2 4 1 ¿A quién cuentan las mujeres su experiencia violenta?

Relativamente pocas mujeres victimas de violencia física acuden al personal de servicios formales o a las autoridades como líderes religiosos o tradicionales el personal de salud la policía asesores o el personal de organizaciones no gubernamentales de mujeres para contar sus experiencias violentas Es más probable que las mujeres que viven experiencias violentas físicas graves hablen con alguien que las que son victimas de violencia moderada

1 4 2 4 2 ¿Quién trata de ayudar?

En su estudio la OMS (2005) informa que en todos los entornos examinados por el mismo entre el 34% y el 59% de las mujeres que habían sido víctimas de violencia física informó de que nadie había intentado ayudarlas. En algunos casos, por ejemplo, puede que los miembros de la familia toleren la violencia del hombre o sugieran una solución que anteponga las necesidades o el bienestar de la familia a la seguridad de la mujer.

1 4 2 4 3 ¿A qué instituciones o autoridades se dirigen las mujeres?

De las investigaciones realizadas en numerosos países se desprende que las redes informales, como la familia, los amigos y los vecinos, constituyen normalmente el primer punto de contacto de las mujeres que son víctimas de violencia, en lugar de los servicios oficiales.

Incluso cuando las mujeres cuentan a alguien su experiencia de violencia física, el porcentaje de mujeres que buscan ayuda es mucho menor. De hecho, la mayoría de las mujeres víctimas de violencia física reconocen que nunca han acudido a estas instituciones.

La conclusión de que más mujeres hablan con un interlocutor informal en lugar de buscar ayuda oficial puede deberse, en parte, a que la respuesta de una persona a la violencia tarda tiempo en desarrollarse. En algunos casos, pueden pasar años antes de

que una mujer comience a hacer frente a la violencia en su vida o a cuestionarla o incluso más tiempo antes de que busque ayuda

1 4 2 4 3 1 ¿Por qué buscan ayuda las mujeres o por qué no la buscan?

Es más probable que las mujeres víctimas de violencia física grave acudan a una institución o a las autoridades en busca de ayuda frente a las que son víctimas de violencia moderada. Las razones más frecuentes que se aducen para buscar ayuda están relacionadas con la gravedad de la violencia, sus repercusiones sobre los hijos de la pareja o el consejo de amigos y familiares de que busquen ayuda.

La razón más común para no buscar ayuda es que las víctimas o bien consideran la violencia como algo normal o trivial o que temen las consecuencias que pueden derivarse, como más actos violentos, perder a sus hijos o avergonzar a su familia. Algunas pueden pensar que no las creerán o que no servirá de nada.

Este bajo índice de utilización de los servicios oficiales también se debe, en parte, a la limitada disponibilidad de dichos servicios en muchos lugares. No obstante, incluso en países que disponen de un nivel razonable de recursos destinados a ayudar a las mujeres que son víctimas de violencia, las barreras como el miedo, el estigma y la amenaza de perder a los hijos disuaden a muchas mujeres de buscar ayuda.

1 4 2 4 4 ¿Se defienden las mujeres con violencia?

El porcentaje de mujeres que responden con violencia a sus parejas varía considerablemente. Las probabilidades de hacerlo son más elevadas entre las víctimas de violencia física grave que entre las víctimas de violencia física moderada.

1 4 2 4 5 Abandonar a una pareja violenta o seguir con ella

Los resultados del estudio iniciado por la OMS (2005) indica que entre el 19% y el 51% de las mujeres que habían sido víctimas de violencia física infligida por su pareja abandonó su hogar durante al menos una noche. Entre el 8% y el 21% declaró haberse marchado entre 2 y 5 veces. Una vez más, existe un fuerte vínculo entre el abandono del hogar y la gravedad de la violencia.

De hecho, la gravedad de la violencia fue el principal motivo que dieron las mujeres para marcharse de casa (ya no podían soportarlo más, estaban gravemente heridas o su pareja las había amenazado o había intentado matarlas).

Las mujeres que se marcharon de casa declararon que se habían ido con sus familiares, y en menor medida con amigos o vecinos. Nuevamente, es probable que estos patrones se deban a la disponibilidad de lugares seguros para las mujeres y sus hijos, y a factores culturales relacionados con la aceptación del abandono del hogar por parte de la mujer o de que ésta se vaya a algún lugar sin su pareja.

En todos los entornos examinados casi todas las mujeres que habían abandonado su hogar (entre el 43% y el 90%) declararon haberlo hecho porque no podían soportarlo más o por la gravedad de la violencia

1.4.2.4.5.1 ¿Por qué regresan las mujeres?

A menudo las mujeres regresan porque no pueden dejar a sus hijos o por el bien de la familia. Otras de las razones son que la mujer quiere a su pareja, que su pareja le ha pedido que vuelva, que le ha perdonado o piensa que cambiará, o porque su familia le aconseja que regrese. Las mujeres que nunca se han ido de casa dan motivos similares e indican así mismo que no sabrían dónde ir.

1.5 Síntesis: Interrelaciones entre las distorsiones cognitivas, el trauma y los trastornos mentales asociados al mismo y la violencia

Los conceptos explorados en el Marco Teórico nos permiten comprender la naturaleza de las distorsiones cognitivas, el trauma y los trastornos mentales asociados al mismo y la violencia. Al mismo tiempo nos ayudan a entender cómo estos conceptos, en el caso específico del abordaje y tratamiento de víctimas de violencia de género y de pareja, interactúan entre sí formando un modelo único y dinámico que nos asiste en un mejor entendimiento de las causas de la violencia, las formas en las que pueden impactar en la salud física, cognitiva y emocional de las víctimas y de qué manera pueden dar lugar a la formación de distorsiones cognitivas y la aparición de síntomas de estrés post-traumático.

CAPÍTULO 2

MARCO METODOLÓGICO

2 Marco Metodológico

2.1 Planteamiento del problema

El trauma ocasionado por la situación de violencia contra la mujer es un evento catastrófico en la vida de la víctima y de sus seres cercanos que afecta drásticamente sus vidas y entorno. Puede alterar gravemente el curso de vida de la víctima así como la vida familiar, social, académica y laboral, obligando a severos ajustes y adaptación.

El trauma causado por la situación de violencia en la vida de la víctima y la afectación de su entorno inmediato conlleva a diversos problemas emocionales y cognitivos, destacándose las distorsiones cognitivas y la evitación de situaciones seguras y su asociación con trastornos adaptativos, depresión, ansiedad, trastornos de estrés post-traumático y deterioro de la calidad de vida.

El Programa de Recuperación Breve (PRB) para Sobrevivientes de Trauma de la Dra. Edna B. Foa y el Dr. David S. Riggs está diseñado para evaluar reacciones post-traumáticas y ofrecer habilidades de afrontamiento para ayudar al sobreviviente a manejar las dificultades relacionadas con el trauma y facilitar la recuperación post-traumática.

¿Cuál será la efectividad del PRB en el tratamiento ambulatorio a mujeres víctimas de violencia?

La investigación propone resaltar la importancia de la intervención psicológica cognitivo conductual a fines de disminuir los efectos del trauma en mujeres víctimas de violencia y validar la implementación del PRB como una herramienta terapéutica para su uso en la Clínica Psicológica de la Facultad de Psicología de la Universidad de Panamá

2.2 Justificación

Se busca obtener conocimiento acerca de la efectividad del PRB en el tratamiento ambulatorio a mujeres víctimas de violencia como primer paso en la búsqueda de disminuir el factor de riesgo de morbilidad y mortalidad que puede llegar a presentarse en este cuadro clínico

Este tema es de gran relevancia social por enfocarse en la importancia de brindar herramientas terapéuticas y de afrontamiento para mejorar la calidad de vida y la salud mental y emocional de la población estudiada y explorar la relación entre bienestar mental, emocional y físico. También busca crear conciencia acerca del impacto del fenómeno de la violencia contra la mujer y el femicidio en Panamá y sus consecuencias negativas a nivel individual, familiar, social e institucional.

El estudio habrá de revelar importante información teórica acerca de la población de estudio y la relación de la psicoterapia cognitivo conductual con el abordaje de síntomas del Trastorno de Estrés Post traumático, depresión, ansiedad, malestar y deterioro de la calidad de vida, que servirán de fundamento a investigaciones posteriores más profundas y amplias.

La metodología aplicada en este estudio asimismo sienta bases teóricas acerca de la utilidad del diseño pre-experimental de caso unico con prueba previa y posterior

El tipo de intervención a utilizar hace de éste un estudio altamente viable en términos de su uso de recursos financieros humanos tecnológicos y tiempo

Las observaciones derivadas de la investigación deberían ayudar a los clínicos a ser más susceptibles en relación al abordaje del trauma y la necesidad de intervención psicoterapéutica a fin de disminuir la sintomatología La investigación proveerá a los clínicos con datos de referencia que les permitirá comparar sus patrones individuales de práctica en el cuidado de sus pacientes e identificar oportunidades para mejorar las condiciones de cuidado para éstos

Estos conocimientos podrán ser utilizados por el personal psicológico y debido a la naturaleza inherentemente educativa de la psicoterapia cognitivo conductual por parte de los pacientes y familiares de pacientes como una modalidad de apoyo psicológico durante el trauma además de sentar las bases teóricas para investigaciones posteriores más profundas acerca del tema

2.3 Preguntas de investigación

¿Será efectiva la intervención mediante la aplicación del PRB en la prevención y disminución de síntomas de Estrés Post Traumático en las usuarias ambulatorias del Centro para el Desarrollo de la Mujer (CEDEM)?

¿Disminuirán los niveles de Síntomas de Estrés Post Traumático Malestar y Depresión de las usuarias ambulatorias del CEDEM después de la intervención mediante la aplicación del PRB?

2.4 Objetivos generales

- Evaluar la efectividad del Programa de Recuperación Breve (PRB) para Sobrevivientes de Trauma en el abordaje y tratamiento de mujeres víctimas de violencia
- Proporcionar herramientas para la disminución de la ansiedad los niveles de malestar y la verificación de los pensamientos y detección de las distorsiones cognitivas mediante técnicas cognitivo conductuales mejorando así las habilidades de afrontamiento y facilitando la recuperación
- Validar el PRB para su uso y aplicación en Panamá

2.5 Objetivos específicos

- Disminuir los niveles de síntomas del Trastorno de Estrés Post traumático mediante la intervención
- Disminuir los niveles de depresión mediante la intervención
- Disminuir la percepción subjetiva de malestar mediante la intervención

2.6 Hipótesis

Para propósitos de la investigación se establece una hipótesis de investigación y su consiguiente hipótesis estadística para cada una de las escalas a utilizar para medir las variables dependientes del estudio

2.6.1 Hipótesis de investigación

2.6.1.1 Hipótesis de investigación # 1

El promedio de los puntajes obtenidos en la Escala de síntomas del Trastorno de Estrés Post traumático antes de la intervención serán mayores que el promedio de los puntajes obtenidos después de la intervención

2.6.1.2 Hipótesis de investigación # 2

El promedio de los puntajes obtenidos en la Escala de Unidades Subjetivas de Malestar antes de la intervención serán mayores que el promedio de los puntajes obtenidos después de la intervención

2 6 1 3 Hipótesis de investigación # 3

El promedio de los puntajes obtenidos en el Inventario de Depresión de Beck antes de la intervención serán mayores que el promedio de los puntajes obtenidos después de la intervención

2 6 2 Hipótesis estadísticas

2 6 2 1 Hipótesis estadística # 1

$$H_0 \mu_A \leq \mu_D$$

$$H_1 \mu_A > \mu_D$$

H_0 La puntuación promedio de la preprueba es igual o menor a la puntuación promedio de la postprueba del grupo experimental

H_1 La puntuación promedio de la preprueba es mayor a la puntuación promedio de la postprueba del grupo experimental

2 6 2 2 Hipótesis estadística # 2

$$H_0 \mu_A \leq \mu_D$$

$$H_1 \mu_A > \mu_D$$

H_0 La puntuación promedio de la preprueba es igual o menor a la puntuación promedio de la postprueba del grupo experimental

H_1 La puntuación promedio de la preprueba es mayor a la puntuación promedio de la postprueba del grupo experimental

2.6.2.3 Hipótesis estadística # 3

$H_0 \mu_A \leq \mu_D$

$H_1 \mu_A > \mu_D$

H_0 La puntuación promedio de la preprueba es igual o menor a la puntuación promedio de la postprueba del grupo experimental

H_1 La puntuación promedio de la preprueba es mayor a la puntuación promedio de la postprueba del grupo experimental

2.7 Diseño de la investigación

Se realizó un estudio de diseño pre-experimental de grupo unico de mujeres víctimas de violencia con prueba previa y posterior. Las mujeres seleccionadas para el estudio fueron usuarias ambulatorias del Centro para el Desarrollo de la Mujer (CEDEM). Se formó un grupo unico por razones éticas (la situación de violencia a la cual las usuarias se encontraban expuestas hizo necesario que se aplicará la intervención inmediata a todas ellas sin posibilidad de crear un grupo control en lista de espera) cuya asignación fue de forma no aleatoria debido a las características particulares de la población (muestra no probabilística).

2.8 Definición de las variables

2.8.1 Definición conceptual de la variable independiente

Se definió como la Psicoterapia Cognitivo Conductual la cual fue aplicada mediante los procedimientos contenidos en el Programa de Recuperación Breve (PRB) para Sobrevivientes de Trauma. Este programa creado por la Dra. Edna B. Foa y el Dr. David S. Riggs presenta una intervención psicológica breve (10 sesiones) a llevarse a cabo de 2 a 12 semanas después de una exposición a un trauma o evento traumático con la meta de facilitar la recuperación y la prevención de reacciones crónicas post traumáticas tales como el Trastorno de Estrés Post traumático (TEPT).

2.8.2 Definición operacional de la variable independiente

Se definió como la aplicación de la intervención. El tipo de intervención utilizada fue la psicoterapia cognitivo conductual mediante los procedimientos contenidos en el PRB.

Existen dos metas en el Programa de recuperación breve (PRB):

- Primero evaluar las dificultades psicológicas derivadas del trauma
- Segundo brindarle habilidades que le ayuden a afrontar sus reacciones post traumáticas incluyendo el miedo, la culpabilidad, el sentido de incompetencia, perturbación general y depresión.

El programa incluye 5 semanas con 2 sesiones semanales de una hora de duración cada una donde se utilizan los siguientes procedimientos

- 1 Educación sobre reacciones normales post traumáticas para normalizar los síntomas del sobreviviente**
- 2 Entrenamiento en respiración relajada para enseñarle al sobreviviente a calmarse cuando esté tenso o estresado**
- 3 Recuento del trauma para ayudar al sobreviviente a poner la experiencia traumática en perspectiva**
- 4 Acercamiento a situaciones seguras que han sido evitadas porque recuerdan el trauma**
- 5 Re-estructuración cognitiva para ayudar a los sobrevivientes a identificar y evaluar sus percepciones acerca del trauma de qué tan peligroso es el mundo y de su habilidad para afrontar el estrés**

Estos procedimientos fueron seleccionados debidos a que existe evidencia empírica de su eficacia para reducir la ansiedad general y el estrés las reacciones de fobia especificas y otros síntomas post traumáticos Además la investigación ha demostrado que el PRB facilita la recuperación post traumática

La intervención ayuda al paciente a hablar sobre las reacciones al trauma y discutir formas en las que puede afrontar sus reacciones al mismo y acelerar su recuperación Estos se logra en un total de diez sesiones dos veces a la semana las cuales cumplen los siguientes objetivos

Sesiones	Objetivos
Sesiones 1 y 2	<ul style="list-style-type: none"> • Presentar un pantallazo del programa • Describir y discutir los procedimientos que se utilizarán • Explicar que el programa evaluará las reacciones post traumáticas e ilustrará en habilidades que facilitarán la recuperación • Recopilar información relevante al trauma • Recopilar información acerca de las reacciones post traumáticas • Discusión de las reacciones Post Traumáticas comunes • Enseñanza de la Respiración Calmada • Dar instrucciones al sobreviviente sobre cómo afrontar dificultades entre sesiones
Sesiones 3 y 4	<ul style="list-style-type: none"> • Presentar la agenda para la sesión • Construir una lista de las situaciones seguras que el sobreviviente ha estado evitando que se temen o evitan porque están relacionadas con el trauma • Presentar la racionalización para el Acercamiento a Situaciones Seguras (exposición en vivo) • Presentar la racionalización para el recuento del Trauma • Guiar al sobreviviente en el Recuento del Trauma incluyendo los detalles de éste y los sentimientos y pensamientos relacionados • Presentar las tareas para la semana siguiente

	<ul style="list-style-type: none"> • Solicitar al sobreviviente a llenar la Escala Auto Reporte de Síntomas del TEPT y el Inventario de Depresión de Beck (IDB)
Sesiones 5 a 8	<ul style="list-style-type: none"> • Presentación de la agenda de la sesión • Continuar con el relato del trauma • Continuar la discusión de las situaciones que el sobreviviente ha evitado e instruir en prácticas de aproximación • Continuar la identificación y la evaluación de la precisión de los pensamientos negativos del sobreviviente asociados al trauma o a reacciones postraumáticas • Presentar las asignaciones de la siguiente semana • Pedir al sobreviviente que complete la Escala Auto Reporte de Síntomas del TEPT y el Inventario de Depresión de Beck (IDB)
Sesiones 9 y 10	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluación del progreso del sobreviviente • Solicitar retroalimentación del sobreviviente en el programa • Procurar dar ánimo y elogios • Discusión de evaluación de seguimiento

2.8.3 Definición conceptual de la variable dependiente

Es la variable que se supone cambia como resultado del estudio. Para propósitos de la investigación se definieron conceptualmente las tres variables dependientes a saber:

2 8 3 1 Síntomas del Trastorno de Estrés Post traumático

El Trastorno de Estrés Post traumático (TEPT) puede definirse según Irwin G. Sarason y Barbara R. Sarason (1996) como un trastorno caracterizado por el desarrollo de síntomas como respuesta a eventos tan graves que la mayor parte de las personas se sentirían estresadas por éstos. Con frecuencia los síntomas incluyen una sensación de aturdimiento o la reexperimentación psicológica del suceso en los pensamientos, sueños o pesadillas.

2 8 3 2 Malestar

Puede definirse según Edna B. Foa y David S. Riggs (2001) como una sensación de incomodidad o molestia física o anímica.

2 8 3 3 Depresión

Beck (2009) sugiere que la depresión no puede definirse refinándose solamente al estado de ánimo. Sostiene que el cambio de ánimo puede ser tan solo un elemento de la depresión y no siempre está presente. Su punto de vista es que los siguientes son los atributos clave según los cuales puede definirse la depresión:

- Alteración específica en el estado de ánimo (tristeza, apatía o soledad)
- Una auto-imagen negativa que involucra auto-culpa
- Deseo de auto-castigo, deseo de escapar, ocultarse o morir

- Cambios físicos o físicamente expresados como la anorexia pérdida de libido o insomnio
- Cambios en el nivel de actividad ya sea que haya mayor agitación o hiperactividad o retraimiento e inacción

2 8 4 Definición operacional de la variable dependiente

Es la variable que se supone que cambia como resultado del estudio Para propósitos de la investigación se utilizaron tres variables dependientes definidas operacionalmente de la siguiente forma

2 8 4 1 Niveles de síntomas del Trastorno de Estrés Post traumático medido como las calificaciones de la Escala de síntomas del Trastorno de Estrés Post traumático (PTSD Symptom Scale PSS)

Esta es una variable cuantitativa definida como el puntaje obtenido en la Escala de síntomas del Trastorno de Estrés Post traumático según Foa E B Cashman L Jaycox L y Perry K (1997) (puntaje mínimo 0 puntaje máximo 51)

2.8.4.2 Niveles subjetivos de malestar medido como las calificaciones de la Escala de Unidades Subjetivas de Malestar

Esta es una variable cuantitativa definida como el puntaje obtenido en la Escala de Unidades Subjetivas de Malestar (Subjective Units of Distress Scale SUDS) según Edna B. Foa y David S. Riggs (2001) (puntaje mínimo 0 puntaje máximo 10)

2.8.4.3 Niveles de depresión medido como las calificaciones del Inventario de Depresión de Beck

Esta es una variable cuantitativa definida como el puntaje obtenido en el Inventario de Depresión de Beck (Beck Depression Inventory BDI) según Edna B. Foa y David S. Riggs (2001) (puntaje mínimo 0 puntaje máximo 63)

2.9 Población y muestra

2.9.1 Población (Universo de estudio)

El universo de estudio está formado por la población de mujeres víctimas de violencia que asistieron al Centro para el Desarrollo de la Mujer (CEDEM) ubicado en la ciudad de Panamá Provincia de Panamá República de Panamá en calidad de usuarias ambulatorias durante los meses de Julio a Diciembre del 2010. El Centro atiende a un promedio de cinco a diez nuevos casos por mes.

2 9 2 Muestra

Se utilizó una muestra no probabilística seleccionada de forma no aleatoria con un tamaño de quince (15) participantes reclutados de la población femenina ambulatoria del CEDEM previo consentimiento de los mismos

Debido a la situación de violencia en la que se encuentran estas mujeres y las implicaciones éticas de salud y seguridad que se desprenden de no brindar tratamiento inmediato a las participantes del estudio se trabajó con un solo grupo en el cual todos sus integrantes recibieron el tratamiento

De éstos tres (3) sujetos abandonaron el estudio o no llegaron a completar el mismo quedando un total de doce (12) sujetos en la muestra

2 10 Criterios de inclusión

Los criterios de inclusión son los siguientes

- (i) Ser paciente ambulatorio del Centro para el Desarrollo de la Mujer (CEDEM)
- (ii) Sexo femenino mayores de 18 años de edad
- (iii) Periodo de exposición al trauma más reciente no menor de 2 semanas y no mayor de 12 semanas (al inicio del programa)
- (iv) Haber consentido a participar en el estudio de forma voluntaria

2.11 Criterios de exclusión

Los criterios de exclusión son los siguientes

- (i) Necesidad de ser referida a consulta externa (a discreción del psicólogo investigador)
- (ii) Tener un diagnóstico previo de trastornos psicológicos que puedan interferir o alterar los resultados de la intervención (a discreción del psicólogo investigador)
- (iii) Circunstancias legales que impidan la libertad de aplicación de la intervención
- (iv) Todo criterio que no cumpla alguno de los criterios de inclusión

2.12 Instrumentos y técnicas de medición

Las características clínicas de los pacientes (diagnóstico psicológico cumplimiento de los criterios de inclusión y exclusión etc) se obtuvieron mediante la revisión del historial elaborado por el personal del CEDEM la aplicación de una entrevista semi-estructurada mediante el llenado de una hoja de registro y la evaluación del psicólogo investigador (para hoja de registro ver Anexo # 11)

Los datos personales historial de vida datos sociales y demográficos de los participantes también fueron recolectados por medio de la entrevista semi-estructurada y el llenado de la hoja de registro arriba mencionados

El psicólogo investigador a cargo de la intervención también registro toda la información relevante obtenida durante el periodo de tratamiento y efectuó una historia clínica de cada paciente

A fin de medir las variables dependientes se aplicó el siguiente paquete de escalas e inventarios psicológicos a cada participante del estudio antes del inicio de la primera sesión de tratamiento y una semana posterior a la última sesión (para propósitos de análisis adicional también se tomaron registros semanales para cada escala e inventario)

2.12.1 Escala de síntomas del Trastorno de Estrés Post traumático (PTSD Symptom Scale – PSS)

La Escala de síntomas del Trastorno de Estrés Post Traumático es una escala semi estructurada de 17 ítems que evalúa la presencia y severidad de síntomas del TEPT de acuerdo a los criterios del DSM IV. Su administración tiene un tiempo de aplicación de alrededor de veinte (20) minutos y puede ser aplicada por entrevistadores entrenados en el trabajo con individuos traumatizados. Cada ítem es evaluado mediante una pregunta breve. No hay sondeos ni preguntas de seguimiento. A los entrevistados se les pregunta acerca de síntomas que hayan experimentado en las últimas dos semanas. Para cada ítem, el entrevistador asigna un valor dentro de una escala Likert que refleja una combinación de frecuencia y severidad.

- 0 = En lo absoluto

- 1 = Una vez por semana o menos /un poco
- 2 = 2-4 veces por semana/bastante
- 3 = 5 o más veces por semana/mucho

El cuestionario contiene tres grupos de síntomas que incluyen

- Reexperimentación
- Evitación
- Incremento de la excitación

Se calcula el total de severidad para cada grupo de síntomas mediante la sumatoria de cada puntaje individual de los ítems contenido en el grupo. El puntaje global de severidad se obtiene mediante la sumatoria de los puntajes para cada grupo (puntaje mínimo 0 puntaje máximo 51). Para cumplir los criterios para un diagnóstico de TEPT son necesarios

- Un puntaje de 1 o más para las preguntas del grupo de reexperimentación (preguntas 1-5)
- Un puntaje de 3 o más para las preguntas del grupo de evitación (preguntas 6-12)
- Un puntaje de 2 o más para las preguntas del grupo de excitación (preguntas 13-17)

La escala fue traducida al español por el mismo grupo de trabajo que realizó la traducción del PRB durante el proceso de pre-validación del instrumento y se realizaron aplicaciones de prueba a fin de asegurar la claridad de cada uno de los ítems. Edna B Foa y colegas (1993) indican que el instrumento posee consistencia interna satisfactoria, confiabilidad test-retest alta y buena validez concurrente.

2.12.2 Escala de Unidades Subjetivas de Malestar (Subjective Units of Distress Scale – SUDS)

La Escala de Unidades Subjetivas de Malestar (EUSM) es una escala numérica de 0 a 10 utilizada para medir la intensidad subjetiva de malestar o molestia experimentado por un individuo. El individuo auto evalúa dónde se encuentra en la escala. La EUSM también puede ser utilizada como un método de medición de parte de un profesional u observador a fin de evaluar el progreso del tratamiento. Una puntuación de 10 indica que el sujeto se encuentra extremadamente alterado, lo más alterado que ha estado alguna vez en su vida. Una puntuación de 0 indica que no hay incomodidad alguna, como cuando está completamente relajado. D. Kim, H. Bae y Y. Chon Park (2008) indican que el instrumento posee buenas propiedades psicométricas al correlacionarlo con otras escalas y cuestionarios.

2.12.3 Inventario de Depresión de Beck (Beck Depression Inventory – BDI)

Julio B. García y colegas (2002) indican que el BDI consta de 21 ítems que evalúan fundamentalmente los síntomas clínicos de melancolía y los pensamientos intrusivos.

presentes en la depresión. Es dentro de las escalas de depresión la que mayor porcentaje de ítems cognitivos presenta, lo que está en consonancia con la teoría cognitiva de la depresión de Beck. Es una escala autoaplicada, aunque inicialmente había sido diseñada para administrar mediante entrevista.

El paciente tiene que seleccionar para cada ítem la alternativa de respuesta que mejor refleje su situación durante el momento actual y la última semana. La puntuación total se obtiene sumando los valores de las frases seleccionadas, que van de 0 a 3. El rango de la puntuación obtenida es de 0-63 puntos. Como otros instrumentos de evaluación de síntomas, su objetivo es cuantificar la sintomatología, no proporcionar un diagnóstico. Los puntos de corte usualmente aceptados para graduar la intensidad o severidad son los siguientes:

- No depresión (0-9 puntos)
- Depresión leve (10-18 puntos)
- Depresión moderada (19-29 puntos)
- Depresión grave (30+ puntos)

Se trata posiblemente del cuestionario autoaplicado más citado en la bibliografía.

Utilizado en pacientes con diagnóstico clínico de depresión, proporciona una estimación adecuada de la gravedad o intensidad sintomática, y es ampliamente utilizado en la evaluación de la eficacia terapéutica por su sensibilidad al cambio y en la investigación para la selección de sujetos. El BDI está correlacionado positivamente con la Escala de Hamilton para la Depresión (Hamilton Depression Rating Scale HDRS) ($r=0.71$).

También posee una alta confiabilidad de test retest ($r=0.93$) así como una consistencia interna alta ($\alpha=0.91$)

2.13 Métodos de intervención

El Programa de Recuperación Breve (PRB) para Sobrevivientes de Trauma creado por la Dra. Edna B. Foa y el Dr. David S. Riggs que utiliza técnicas de psicoterapia cognitivo conductual fue la herramienta de intervención utilizada en el estudio. La aplicación de la intervención se realizó mediante 10 sesiones individuales (dos veces por semana) de una hora de duración por sesión incluyendo las sesiones de seguimiento y fue llevada a cabo por un psicólogo investigador dentro de las instalaciones del Centro para el Desarrollo de la Mujer (CEDEM). El contenido de las sesiones es el siguiente a saber:

Contenidos de las sesiones 1 y 2

Vista General y Justificación del PRB

- Brindar una introducción al sobreviviente adaptando la misma a las necesidades específicas de cada sobreviviente
- Indicar al sobreviviente que se estarán reuniendo durante las siguientes semanas para hablar sobre las reacciones al trauma y discutir formas en las que puede afrontar sus reacciones al trauma y acelerar su recuperación
- Contestar las preguntas que el sobreviviente pueda tener acerca del programa

Recogida de Información

- Utilizar la Entrevista del Trauma (Anexo # 1) para recoger la información del trauma y la Versión Escala Entrevista de Síntomas de TEPT (Anexo # 2) para recoger información acerca de la severidad de las reacciones post traumáticas

Discusión sobre las Reacciones Comunes a un Trauma

- Esta parte de la sesión está dedicada a la educación del sobreviviente sobre las reacciones comunes al trauma
- Intentar que sea un diálogo interactivo
- Animar a los sobrevivientes a discutir sus sentimientos pensamientos y reacciones al trauma
- Durante estas discusiones tomar nota de la evitación fóbica que reporta el sobreviviente para su uso próximo en la construcción de la jerarquía de situaciones seguras durante las sesiones 3 y 4
- Entregar al sobreviviente una copia del Folleto de Reacciones Comunes al Trauma (Anexo # 3) y utilizarlo para guiar la discusión
- Explicar la relación entre el trauma sentimientos de angustia reacciones fisiológicas pensamientos negativos y respuestas de evitación
- Discutir las reacciones post traumáticas comunes de revivir la experiencia de miedo de excitación de adormecimiento afectivo y evitación
- Discutir las reacciones comunes de culpa y vergüenza baja auto-estima pérdida de control ira pensamientos negativos pérdida de interés en la intimidad física y la reactivación de recuerdos post traumáticos

- Utilizar preguntas de sondeo durante la discusión de las reacciones comunes al trauma para estimular la discusión de las reacciones específicas del sobreviviente
- Evaluar el riesgo suicida Si el sobreviviente expresa ideación o plan suicida y/o desesperanza extrema descontinuar la discusión sobre las reacciones comunes y llevar a cabo una evaluación formal y detallada de riesgo suicida
- Entregar al sobreviviente el Folleto Sobre las Reacciones Comunes al Trauma e instruirles en que deben leerlo por completo por lo menos una vez antes de la próxima sesión y animarlo a compartirlo con los amigos y parentes que le apoyan

Enseñándole al Sobreviviente a Respirar de Forma Calmada

- Presentar la Respiración Calmada al sobreviviente como un método para aliviar la ansiedad y la angustia
- Instruir al sobreviviente en materia de Respiración Controlada
- Enseñar al sobreviviente a realizar inspiraciones normales con la boca cerrada y exhalar muy lentamente por la boca Mientras el sobreviviente exhala pedirle que repita la palabra RELAJACIÓN o CALMA muy lentamente estirando la primera o última sílaba de la palabra Una vez que el sobreviviente ha aprendido a disminuir su exhalación pedirle que hagan una pausa y que cuenten hasta 4 después de exhalar y antes de inhalar Repetir la secuencia entera de inhalación y exhalación por lo menos de 10 a 15 veces
- Entregarle al sobreviviente el Folleto de Respiración Calmada (Anexo # 4) y sugerirle utilizarla cuando se sienta tenso o angustiado

- Si el sobreviviente muestra o describe reacciones psicológicas extremas en general o cuando se confronta con cosas que le recuerdan el trauma como la sudoración dificultad para respirar se puede presentar en este momento el Entrenamiento de Relajación Muscular Profunda (Anexo # 5)

Tareas Para la Semana Próxima

- Entregar al sobreviviente los folletos de Reacciones Comunes al Trauma y para Respiración Calmada
- Instruir al sobreviviente a leer más los folletos antes la próxima reunión
- Sugerir al sobreviviente compartir sus reacciones con amigos que le apoyen familia y compañeros de trabajo
- Instruir al sobreviviente a practicar la Respiración Calmada durante la semana para el manejo de la ansiedad y la angustia

Contenidos de las sesiones 3 y 4

Presentación de la Agenda para la Sesión

- Iniciar la sesión preguntando cómo ha estado el sobreviviente durante la semana pasada y qué reacciones sucedieron a la primera sesión
- Decir al sobreviviente que se explicará la justificación del recuento del trauma y la confrontación de lugares personas y situaciones seguras que han sido evitadas

Justificación para el Acercamiento a Situaciones Seguras (Exposición en Vivo)

- Presentar al sobreviviente la justificación para el acercamiento a situaciones seguras (Exposición en vivo)
- Después de haber presentado el proceso que se da en el trasfondo de la exposición pedir ejemplos específicos de parte del sobreviviente acerca de situaciones personas y lugares que han sido evitados desde el trauma
- Construir la lista de situaciones evitadas
- Revisar la lista para asegurarse de que no se incluyan situaciones inseguras La meta es desarrollar una lista de situaciones seguras que son evitadas

Introducción a la EUSM

- Introducir y explicar el uso de la Escala EUSM Escala de Unidades subjetivas de Malestar
- Aplicar la misma una vez haya sido explicada

Construcción de Jerarquía para el Acercamiento a Situaciones Seguras (Exposición en vivo)

- Usar el formulario Jerarquía para el Acercamiento a Situaciones Seguras (Anexo # 6) para desarrollar una lista de situaciones que ha evitado el sobreviviente
- Utilizando la Escala EUSM evaluar la intensidad de la ansiedad y el miedo que experimenta el sobreviviente cuando se imagina confrontando estas situaciones Idealmente confeccionar una lista que contenga 5-10 ítems
- Sugerir al sobreviviente que trate de confrontar por lo menos una situación segura durante la semana entre sesiones

- Entregar al sobreviviente el folleto del Modelo de Acercamiento Gradual a Situaciones Seguras (exposición en vivo) (Anexo # 7)
- Sugerir al sobreviviente que elija una situación que le genere ansiedad moderada (ejemplo EUSM=5) para la primera práctica
- Animar al sobreviviente a iniciar el confortamiento de situaciones seguras que evoquen niveles moderados de incomodidad y luego progresar a situaciones más temidas. Debería animarse al sobreviviente a que permanezca en la situación hasta que la ansiedad disminuya
- Enfatizar en la utilidad que brinda el permanecer en la situación por 30 minutos o hasta que sus niveles de EUSM hayan disminuido por lo menos 50%
- Dar al sobreviviente la lista de situaciones evitadas y demostrarle cómo registrar los niveles EUSM durante las prácticas de acercamiento que figuran en el Formulario de Registro para el Acercamiento a Situaciones Seguras EUSM (Anexo # 8)

Evaluación de seguridad durante la tarea de acercamiento a situaciones seguras

- Discutir acerca de la seguridad de las situaciones con el sobreviviente
- Ayudarlo a decidir cuáles situaciones son seguras para ser confrontadas y cuáles deberían ser evitadas

Recuento del Trauma

- Instruir al sobreviviente a hacer el recuento del trauma: narrar sus sentimientos y pensamientos y lo que prosiguió. Durante este recuento es importante que el

sobreviviente se sienta en control del proceso por esto se le permite aproximarse a sus recuerdos a su propio ritmo

- De vez en cuando mientras esté haciendo el recuento del trauma preguntar al sobreviviente por su nivel de ansiedad en la Escala de Unidades subjetivas de Malestar EUSM de 0 a 10
- Hacer algunas preguntas para aclarar qué fue experimentando pensando y sintiendo en el momento
- Escribir cada distorsión cognitiva o pensamientos negativos que expresa el sobreviviente durante el recuento del trauma para ayudarse de ellos durante la evaluación de nivel de precisión y utilidad de estos pensamientos posteriormente
- Registrar las puntuaciones del sobreviviente en la EUSM (Anexo # 9) Recuento del trauma EUSM Hoja de Registro
 - (a) antes de hablar del trauma
 - (b) en el climax del trauma y
 - (c) después del recuento

Reestructuración Cognitiva

- La Reestructuración Cognitiva es un metodo en el cual los pensamientos y creencias negativas son identificados Después de identificar una sene de pensamientos negativos relacionados con el trauma se cuestionan los mismos y su precisión es evaluada a través de preguntas Además de cuestionar el pensamiento negativo estas preguntas pueden facilitar la generación racional más funcional de respuestas alternativas Las respuestas racionales del

sobreviviente ante estas preguntas frecuentemente servirán como pensamientos alternativos

- Explicar la justificación de la Restructuración Cognitiva al sobreviviente
- Discutir uno o más pensamientos negativos
- Ayudar al sobreviviente a evaluar la precisión y la utilidad de estos pensamientos
- Referirse al registro de los pensamientos negativos del sobreviviente durante las sesiones previas con el propósito de identificar pensamientos negativos potenciales
- Asistir al sobreviviente en la evaluación de la exactitud y la racionalidad de las creencias a través de la confrontación y ayudarles a reemplazarlas con declaraciones más racionales
- Es importante señalarle al sobreviviente que este proceso no es lo mismo que el poder del pensamiento positivo. El propósito no es intercambiar pensamientos negativos por positivos en vez de esto la meta es reconocer los errores en la lógica y pensamientos que causan inquietud. Estos errores pueden ser corregidos o intercambiados por pensamientos que son objetivos, razonables y que reflejan la realidad con mayor exactitud.

Tareas para las siguientes semanas

- Instruir al sobreviviente para que continúe la práctica de Respiración Relajada durante la semana y para utilizarla en el manejo de ansiedad y estrés
- Instruir al sobreviviente para que escuche la grabación del relato del trauma que hable acerca del trauma con personas de confianza y/o que lo escriba

- Discutir a qué situaciones el sobreviviente se puede aproximar durante la semana
- Animar al sobreviviente a detectar los pensamientos y creencias negativas y a cuestionarlas

Contenido de las sesiones 5 6 7 y 8

Presentar la agenda para la sesión

- Al inicio de cada una de estas sesiones averiguar cómo el sobreviviente ha estado haciendo durante la semana anterior y cuáles fueron sus reacciones en la sesión anterior
- Presentar la agenda para la sesión indicando al sobreviviente que continuarán con el recuento del trauma y la discusión de los pensamientos negativos

Recuento del Trauma

- Continuar ayudando al sobreviviente a relatar los detalles de la experiencia traumática y la asociación de pensamientos y sentimientos
- Preguntar por las Unidades Subjetivas de Malestar antes y periódicamente durante el relato
- Preguntar si han surgido pensamientos o sentimientos desde la última discusión
- Señalar y cuestionar los pensamientos negativos expresados durante el recuento del trauma Poner particular atención a las creencias persistentes sobre la seguridad del mundo y la habilidad del sobreviviente para afrontarlo

Prácticas de Revisión de Aproximamiento a Situaciones Seguras (Exposiciones in Vivo)

- Revisar los intentos del sobreviviente para practicar el aproximamiento a situaciones seguras
- Fomentar todos los intentos a confrontar las situaciones de esta lista
- Recordar al sobreviviente la importancia de permanecer en la situación al menos 30 minutos o hasta que su malestar haya sido reducido al 50% de su nivel inicial

Reestructuración Cognitiva

- Continuar con el uso de la Reestructuración Cognitiva para ayudar al sobreviviente a evaluar y modificar los pensamientos negativos

Asignaciones para la Semana Siguiente

- Instruir al sobreviviente a continuar practicando la Respiración Relajada durante la semana y que utilice esto para manejar la ansiedad y el estrés
- Instruir al sobreviviente a escuchar la cinta del relato del trauma que habló acerca de él con personas de confianza y /o lo escriba
- Discutir a qué situaciones el sobreviviente se puede aproximar durante la semana
- Animar al sobreviviente a detectar los pensamientos y creencias negativas y a cuestionarlas

Contenido de las sesiones 9 y 10 (Revisión del Programa y Progreso del Sobreviviente)

Revisión del Programa y Progreso del Sobreviviente

- Presentar una revisión de las habilidades de afrontamiento y fomentar la retroalimentación tomando en cuenta el progreso del programa
- Estas sesiones permiten una evaluación del progreso del sobreviviente y una revisión de las habilidades enseñadas en el programa proporcionando la retroalimentación positiva al sobreviviente habiendo completado el programa y solicitando la retroalimentación del sobreviviente acerca del programa y de su progreso
- Esta conversacion debería ser interactiva solicitando al sobreviviente sus percepciones acerca de su progreso En particular preguntar cuáles de las habilidades el sobreviviente planea continuar utilizando y ayudarle a establecer horario de práctica
- En general esta sección incluye estos 4 componentes
 - 1 Evaluación del progreso del sobreviviente
 - 2 Solicitar retroalimentación del sobreviviente en el programa
 - 3 Procurar dar ánimo y elogios
 - 4 Discusión de evaluación de seguimiento

Revisión de los procedimientos del Programa Breve

- Proveer al sobreviviente con retroalimentación considerando qué se ha logrado en el programa

- Proveer al sobreviviente retroalimentación específica del progreso al compartir las puntuaciones semanales de la Escala de Síntomas de TEPT y del BDI
- Si existen algunas habilidades que el sobreviviente piensa que necesita seguir practicando ayudarle a hacer planes para lograr sus objetivos
- Si existen problemas que aun preocupen al sobreviviente discutir la posibilidad de realizar una evaluación de seguimiento

2.14 Procedimiento estadístico

Se utilizaron estadísticas descriptivas organizadas en tablas, cuadros y gráficas para describir las características generales de los integrantes de la muestra.

El estadístico de prueba utilizado para determinar el cambio de una variable en dos momentos (pre y post intervención) fue una prueba *t* para muestras dependientes con un nivel de significación de 0.05 a una cola.

El criterio de decisión dictamina que si el valor observado de *t* es mayor que el valor crítico de *t* a un nivel de significación de 0.05 para una prueba de una cola, los resultados son estadísticamente significativos para rechazar la H_0 y respaldar la H_1 .

A fin de realizar el análisis estadístico de la información recopilada se utilizó Microsoft Excel.

2 15 Métodos para el control y calidad de los datos

Debido al carácter pre-experimental del estudio y el uso de un grupo unico por motivos éticos (ver 2 16) se hizo particularmente difícil controlar las multiples amenazas a la validez interna por lo cual el estudio ha de considerarse como un primer paso en la exploración de este fenómeno aconsejándose la réplica del mismo a fin de reforzar la validez o su variación a un diseño posterior cuasi experimental o experimental

El carácter de la intervención psicoterapeutica proporciona un espacio para que el investigador pueda identificar posibles amenazas a la validez interna tales como la historia y maduración si bien no pueda controlarlas plenamente

El uso de una bateria de escalas multiples para medir las variables dependientes ayudó a controlar la amenaza de instrumentación

Los criterios de inclusión y exclusión ayudaron a controlar las amenazas de las tendencias para la selección y el carácter breve de la terapia (cinco semanas) a disminuir la pérdida de integrantes de la muestra (muerte experimental)

Se usaron varios criterios de exclusión a fin de controlar las amenazas de interferencia por tratamientos multiples sin embargo las implicaciones éticas de no informar a los participantes acerca de la naturaleza de las pruebas y escalas aplicadas así como la intervención dificultaron controlar otras amenazas tales como reactividad de la organización experimental efectos por la novedad sensibilización al examen etc

Se prestó especial atención al uso de una muestra cuyo tamaño proporcionara una potencia alta. Según Arthur Aron y Elaine N. Aron (2001) la cantidad aproximada de participantes necesarios para lograr un 80% de potencia y un tamaño del efecto grande ($d=0.80$) en la prueba t para medias dependientes en pruebas de hipótesis con un nivel de significación del 0.05 a una cola es de doce (12) sujetos. Asimismo se procuró una muestra heterogénea mediante los criterios de inclusión y exclusión utilizados en la selección de la misma.

2.16 Procedimientos para garantizar los aspectos éticos en las investigaciones con sujetos humanos

Los criterios de inclusión y exclusión buscaron mantener al mínimo los riesgos de los sujetos al participar en el estudio y es de esperarse que las consecuencias de una intervención psicoterapéutica sean beneficiosas para los participantes.

Se obtuvo el consentimiento informado por escrito de cada participante antes del inicio del estudio. Los participantes recibieron una explicación breve del estudio por parte del psicólogo investigador con un espacio para realizar todas las preguntas pertinentes y aclarar cualquier duda que tuviesen.

Se les detalló a profundidad el propósito y objetivos del estudio y sus implicaciones. Se les explicó la naturaleza general de las escalas e inventarios que se les aplicaron pre y post intervención, así como las generalidades de la intervención psicoterapéutica y la duración de la misma.

Debido a la situación de violencia en la que se encuentran estas mujeres y las implicaciones éticas de salud y seguridad que se desprenden de no brindar tratamiento inmediato a las participantes del estudio se trabajó con un solo grupo en el cual todos sus integrantes recibieron el tratamiento

Se informo a los participantes acerca de métodos alternos de tratamiento psicoterapéutico psicológico psiquiátrico y farmacológico a fin de que pudiesen realizar una decisión informada acerca de participar o no en el estudio

Se recalcó a los participantes la confidencialidad de la información recopilada durante la intervención la cual será usada solamente de manera estadística y general sin compromiso de la información privada o personal de los participantes

2.17 Pre-validación del Programa de Recuperación Breve (PRB) para Sobrevivientes de Trauma para su uso aplicación y validación a Panamá

Tanto el Programa de Recuperación Breve (PRB) para Sobrevivientes de Trauma así como los Apéndices Escalas Cuestionarios e Inventarios comprendidos en el mismo pasaron por un proceso de traducción y pre-validación dirigido y supervisado por un Psicólogo Clínico especializado en Terapia Cognitiva

Se conformó un equipo de trabajo integrado por estudiantes de la Licenciatura en Psicología y de la Maestría en Psicología Clínica así como asesores de la Clínica

Psicológica de la Facultad de Psicología que se encargaron de la traducción del documento del idioma original (inglés) al español

Se establecieron grupos de estudio con el fin de pre-validar el Programa y sus contenidos mediante la lectura grupal del Programa y su discusión a fin de asegurar la claridad de los contenidos y realizar los cambios modificaciones y adecuaciones necesarios para ajustarlo a la cultura Latinoamericana y Panameña

Se llevaron a cabo simulaciones del Programa y de sus sesiones con voluntarios del grupo de trabajo a fin de entrenarlos en el uso del Manual y hacer los cambios y ajustes necesarios en base a la retroalimentación grupal

Los psicólogos investigadores asistieron a un curso de Terapia Cognitiva de Cuarto Año de la Licenciatura en Psicología de la Universidad de Panamá (Curso Psicología 430) dictado por el Profesor Fabio Bethancourt y aplicaron el Programa con participantes voluntarios del mismo como paso final de pre-validación antes de dar inicio a la intervención en el Centro para el Desarrollo de la Mujer (CEDEM)

Con la finalidad de facilitar la aplicación de la intervención y al detectar durante la pre-validación el efecto agotador de las sesiones de dos (2) horas cada una de las sesiones originales de dos (2) horas del Programa se dividió en dos (2) sesiones de una (1) hora de duración Como el Programa original establece una (1) sesión semanal al aplicar dos (2) sesiones semanales se logro no modificar el carácter de brevedad del mismo

- PRB original 5 sesiones semanales de 2 horas de duración (Duración total de 5 semanas)
- PRB adaptado post pre-validación 10 sesiones 2 veces por semana de 1 hora de duracion (Duración total de 5 semanas)

Este proceso de pre-validación del Programa tuvo una duración de seis (6 meses) desde Diciembre del 2009 hasta fines de Mayo del 2010

CAPÍTULO 3

ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

3 Análisis de los resultados

Se aplicaron los estadísticos de prueba (valores observados de t) para cada una de las hipótesis estadísticas y se compararon los valores observados de t con los valores críticos respectivos a fin de determinar si se rechazaba o no la H_0 para cada una de ellas. Posteriormente se realizó un análisis cualitativo de los resultados obtenidos tras la culminación de la intervención. Por último se procedió a conceptualizar cada uno de los casos que formaron parte de la investigación e intervención.

3.1 Hipótesis estadística # 1

$$H_0: \mu_A \leq \mu_D$$

$$H_1: \mu_A > \mu_D$$

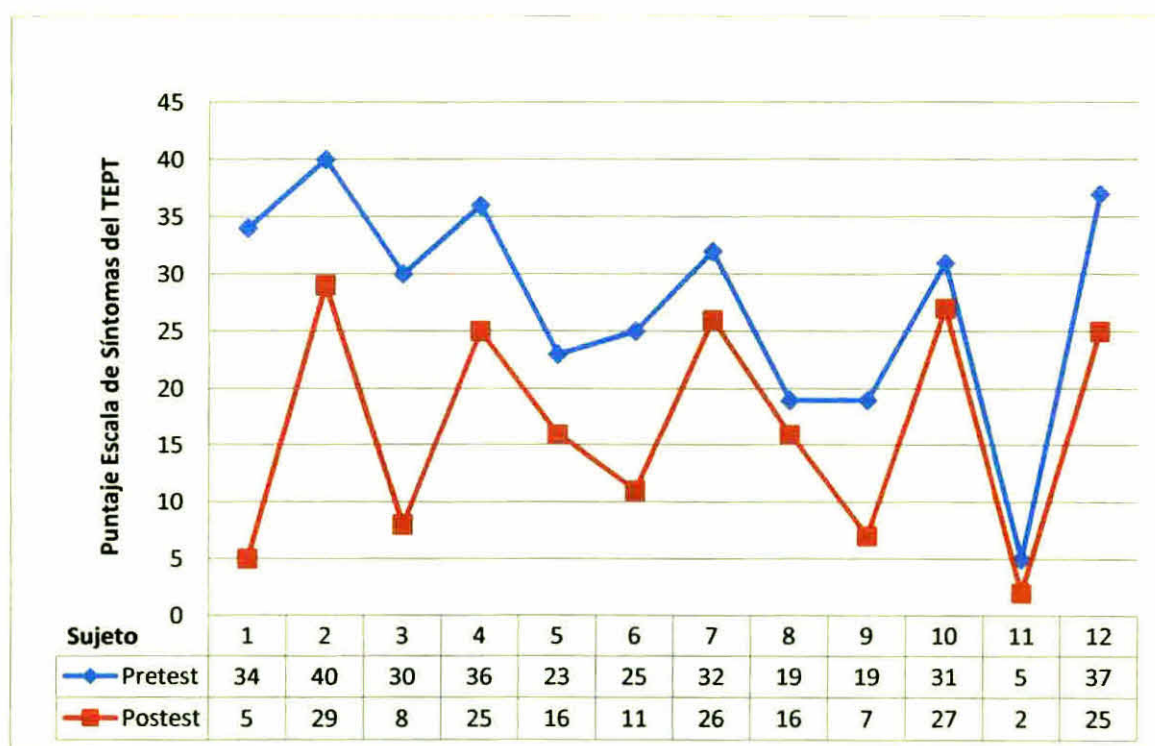
Sujeto	Puntajes obtenidos en la Escala de Síntomas del TEPT	
	Pretest (antes)	Posttest (después)
1	34	5
2	40	29
3	30	8
4	36	25
5	23	16
6	25	11
7	32	26
8	19	16
9	19	7
10	31	27
11	5	2
12	37	25

Pretest (antes)	Posttest (después)
$\bar{X}_A = 27.58$	$\bar{X}_D = 16.42$

$S = 7.49$
$\sigma_{df} = 2.26$
$t_{calculada} = 4.94$
$t_{tabla} = 1.796$
$\alpha = 0.05$ una cola a la izquierda

Resultados de la prueba de hipótesis: Como el valor observado es mayor al valor tabulado de t , existen evidencias suficientes para rechazar la H_0 y aceptar la H_1 . Por lo tanto la puntuación promedio de la preprueba es mayor a la puntuación promedio de la postprueba del grupo experimental. Los resultados sugieren que después de la intervención cognitivo conductual las pacientes ambulatorias atendidas en el CEDEM redujeron sus niveles de síntomas para el TEPT.

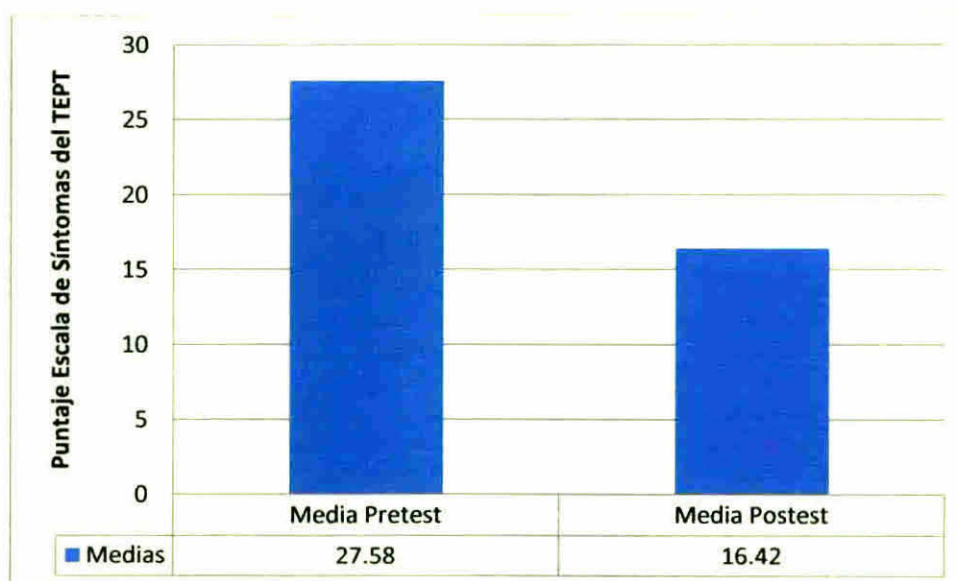
Gráfica # 1: Puntajes obtenidos en la Escala de Síntomas del TEPT para el grupo experimental antes y después de la intervención cognitivo conductual



Como puede apreciarse, todos los participantes de la intervención registraron una disminución en sus niveles de síntomas del TEPT, tal como puede apreciarse por los

puntajes obtenidos en la Escala de Síntomas del TEPT y ambas líneas (tanto la que registra los puntajes del pre-test como del pos-test) siguen un patrón de comportamiento similar.

Gráfica # 2: Comparativo entre las medias de los puntajes obtenidos en la Escala de Síntomas del TEPT para el grupo experimental antes y después de la intervención cognitivo conductual



La media de los puntajes obtenidos en la Escala de Síntomas del TEPT pre-intervención fue de 27.58, mientras que la media post-intervención fue de 16.42, mostrando una disminución del 40% en los niveles de síntomas del TEPT para el grupo experimental.

3.2 Hipótesis estadística # 2

$$H_0: \mu_A \leq \mu_D$$

$$H_1: \mu_A > \mu_D$$

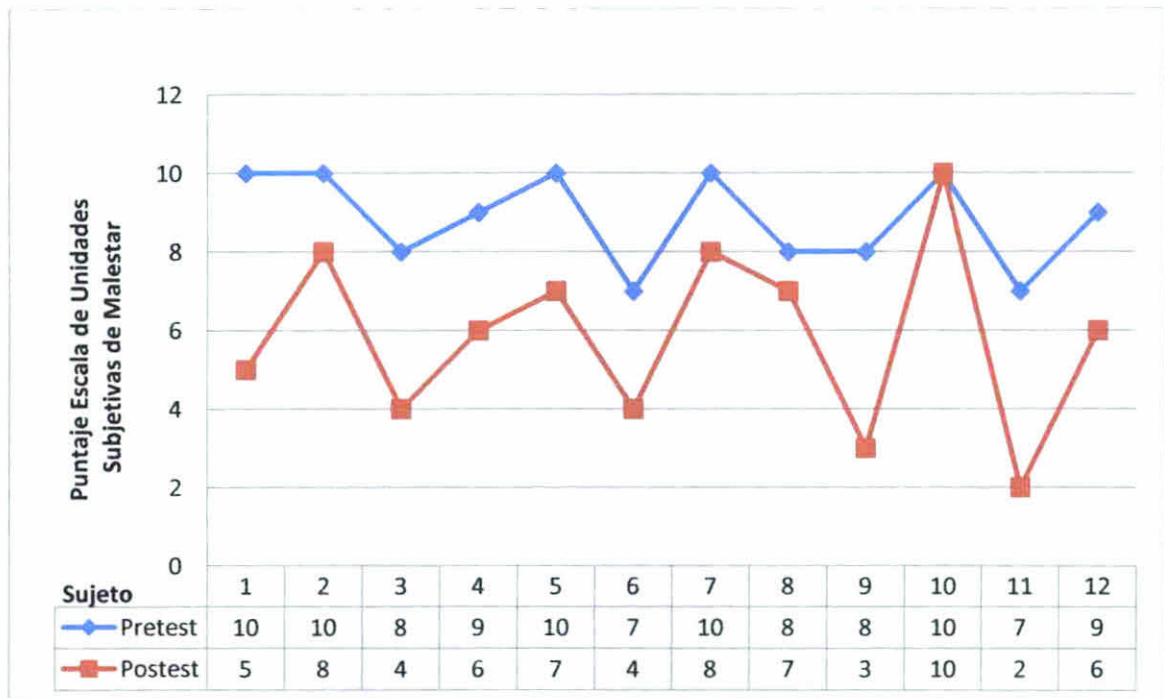
Sujeto	Puntaje obtenido en la Escala de Unidades Subjetivas de Malestar	
	Pretest (antes)	Postest (después)
1	10	5
2	10	8
3	8	4
4	9	6
5	10	7
6	7	4
7	10	8
8	8	7
9	8	3
10	10	10
11	7	2
12	9	6

Pretest (antes)	Postest (después)
$\bar{X}_A = 8.83$	$\bar{X}_D = 5.83$

$S = 1.53$
$\sigma_{df} = 0.461$
$t_{calculada} = 6.51$
$t_{tabla} = 1.796$
$\alpha = 0.05$ una cola a la izquierda

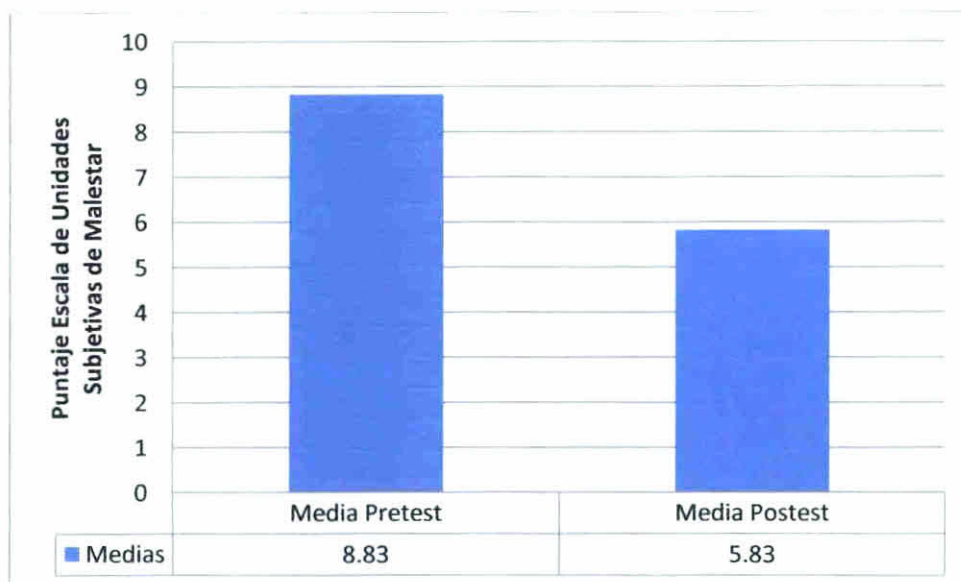
Resultados de la prueba de hipótesis Como el valor observado es mayor al valor tabulado de t existen evidencias suficientes para rechazar la H_0 y aceptar la H_1 . Por lo tanto la puntuación promedio de la preprueba es mayor a la puntuación promedio de la postprueba del grupo experimental. Los resultados sugieren que después de la intervención cognitivo conductual las pacientes ambulatorias atendidas en el CEDEM redujeron sus niveles subjetivos de malestar.

Gráfica # 3: Puntajes obtenidos en la Escala de Unidades Subjetivas de Malestar para el grupo experimental antes y después de la intervención cognitivo conductual



11 de 12 participantes de la intervención (92%) registraron una disminución en sus niveles subjetivos de malestar, mientras que solamente 1 participante (8%) no mostró cambios (Sujeto 10). Ambas líneas (tanto la que registra los puntajes del pre-test como del pos-test) siguen un patrón de comportamiento similar.

Gráfica # 4: Comparativo entre las medias de los puntajes obtenidos en la Escala de Unidades Subjetivas de Malestar para el grupo experimental antes y después de la intervención cognitivo conductual



La media de los puntajes obtenidos en la Escala de Unidades Subjetivas de Malestar pre-intervención fue de 8.83, mientras que la media post-intervención fue de 5.83, mostrando una disminución del 34% en los niveles subjetivos de malestar para el grupo experimental.

3.3 Hipótesis estadística # 3

$$H_0: \mu_A \leq \mu_D$$

$$H_1: \mu_A > \mu_D$$

Sujeto	Puntaje obtenido en el Inventario de Depresión de Beck	
	Pretest (antes)	Posttest (después)
1	12	7
2	20	22
3	33	27
4	27	18
5	38	26
6	25	14
7	30	24
8	30	25
9	32	12
10	40	35
11	13	4
12	19	13

Pretest (antes)	Posttest (después)
$\bar{X}_A = 26.58$	$\bar{X}_D = 18.92$

$S = 5.07$
$\sigma_{df} = 1.529$
$t_{calculada} = 5.01$
$t_{tabla} = 1.796$
$\alpha = 0.05$ una cola a la izquierda

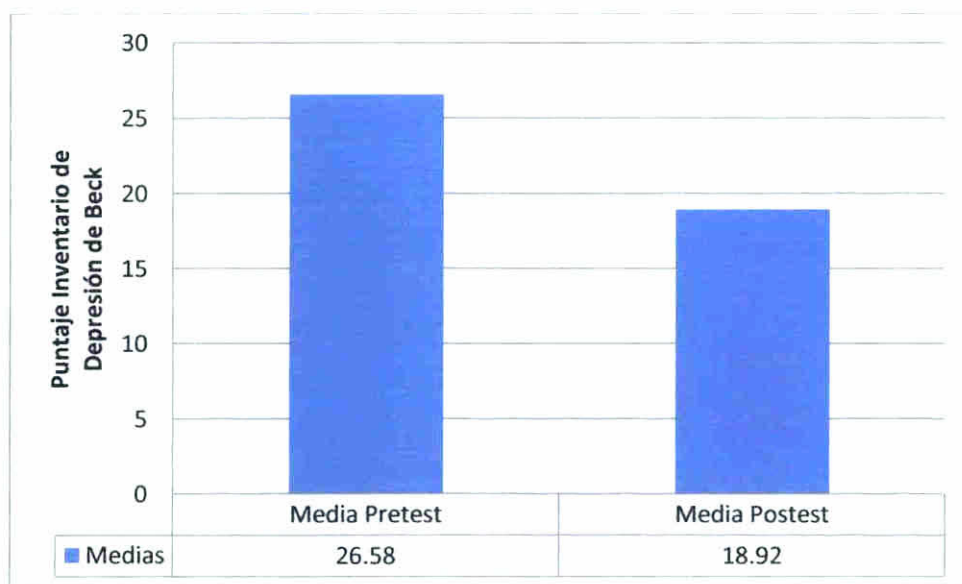
Resultados de la prueba de hipótesis Como el valor observado es mayor al valor tabulado de t existen evidencias suficientes para rechazar la H_0 y aceptar la H_1 . Por lo tanto la puntuación promedio de la preprueba es mayor a la puntuación promedio de la postprueba del grupo experimental. Los resultados sugieren que después de la intervención cognitivo conductual las pacientes ambulatorias atendidas en el CEDEM redujeron sus niveles de depresión.

Gráfica # 5: Puntajes obtenidos en el Inventario de Depresión de Beck para el grupo experimental antes y después de la intervención cognitivo conductual

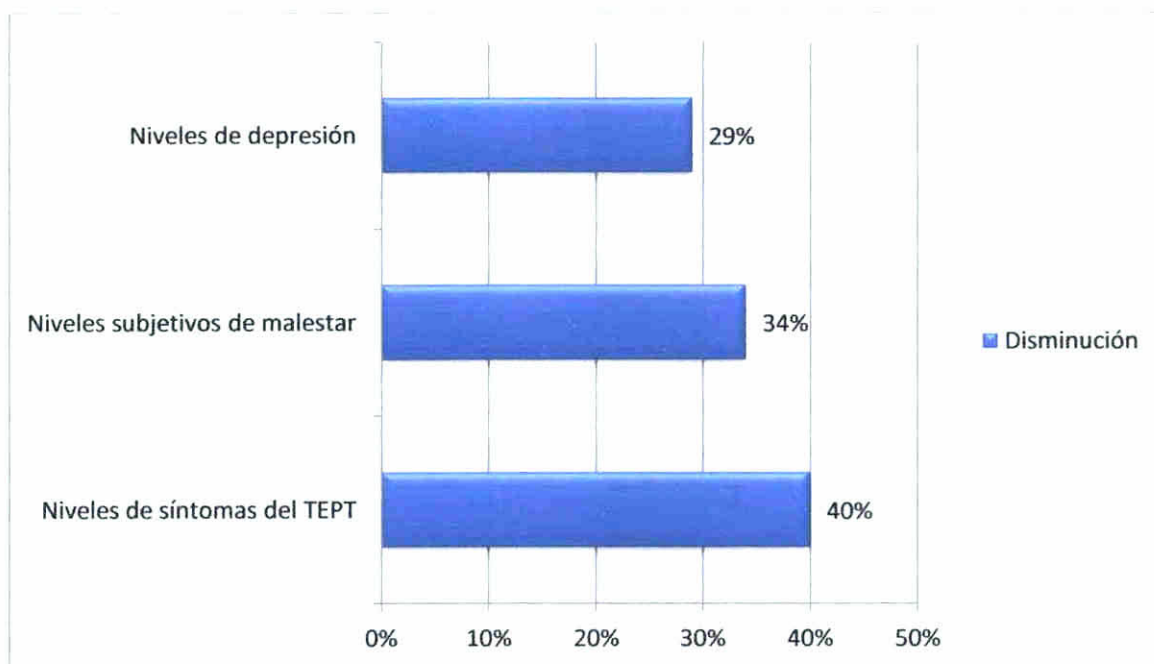


11 de 12 participantes de la intervención (92%) registraron una disminución en sus niveles de depresión, mientras que solamente 1 participante (8%) mostró un aumento (Sujeto 2). Ambas líneas (tanto la que registra los puntajes del pre-test como del post-test) siguen un patrón de comportamiento similar.

Gráfica # 6: Comparativo entre las medias de los puntajes obtenidos en el Inventario de Depresión de Beck para el grupo experimental antes y después de la intervención cognitivo conductual



La media de los puntajes obtenidos en el Inventario de Depresión de Beck pre-intervención fue de 26.58, mientras que la media post-intervención fue de 18.92, mostrando una disminución del 29% en los niveles subjetivos de malestar para el grupo experimental.

Gráfica # 7: Disminución pos-intervención de las medias por variable dependiente

Post-intervención, la media de cada una de las tres variables dependientes estudiadas mostró una disminución respecto a su media pre-intervención. La intervención demostró tener su efecto más significativo en la disminución en un 40% de la media de los niveles de síntomas para el TEPT (Media pre-intervención: 27.58; media post-intervención: 16.42).

La segunda variable dependiente que mostró mayor mejoría por la intervención fue la correspondiente a los niveles subjetivos de malestar, con una disminución del 34% en su media (Media pre-intervención: 8.83; media post-intervención: 5.83).

A pesar de que se demostró la efectividad de la intervención para disminuir los niveles de depresión esta es la variable dependiente del estudio que sufrió el menor porcentaje de modificación con una disminución del 29% en sus medias (Media pre-intervención 26.58 media post intervención 18.92)

Una vez finalizada la intervención cognitivo conductual los sujetos del grupo experimental cuentan con herramientas cognitivas y de relajación (técnicas de respiración calmada relajación muscular profunda aproximación a situaciones seguras e identificación y evaluación de la precisión de sus pensamientos negativos) para hacer frente a las personas y eventos que les producen malestar ansiedad y depresión así como lograr respuestas más adaptativas y saludables

3.4 Conceptualización de casos

La conceptualización de casos comprende la elaboración de una historia clínica para cada uno de los sujetos participantes en la investigación la cual incluye

- Datos de filiación (proporcionados por registros del personal del CEDEM)
- Historia personal y familiar
- Discurso manifiesto
- Resultados de la preprueba
- Evaluación multiaxial
- Resultados de la postprueba
- Resultados finales

3 4 1 Sujeto # 1**Datos de filiación**

Nombre E O

Sexo Femenino

Edad 39 años

Estado civil Separada

Estudios cursados Sexto año

Profesion u ocupación Ama de casa

Estatus socio-económico Medio-bajo

Grupo conviviente Hijo (2 años) suegra (57 años) y sobrina (15 años) (nieta de su suegra)

Historia personal y familiar

Nació y creció en la provincia de Panamá en San Miguelito donde reside actualmente. Tiene dos hermanas mayores y hace poca referencia a su infancia indicando que a pesar de vivir con ambos padres su crianza principalmente dependió de su abuela paterna. Completa sus estudios secundarios y se casa a los 21 años con quien es actualmente su ex permaneciendo casados durante 18 años y separándose posteriormente tras el nacimiento de su hijo.

Acorde a lo relatado por ella su esposo tenía problemas para tener familia uno de los motivos principales por los cuales se caso con ella Finalmente lograron concebir un niño utilizando el método in vitro El hijo que tuvieron fue diagnosticado con Síndrome de Down No hace referencia a maltrato físico de parte de su esposo pero si indica que tenían una relación muy turbulenta y que él la maltrataba verbalmente Ambos deciden separarse al año del nacimiento de su hijo

Se encuentra viviendo en la casa que comprará su ex pareja en la que habita junto con su hijo un niño de 2 años diagnosticado con Síndrome de Down y su suegra con quien expresa tener problemas relativos al respeto de los límites Recientemente se mudó a la casa su sobrina (nieta de su suegra) situación que ha incrementado los roces y enfrentamientos con su suegra Indica que cuenta con sus dos hermanas sus vecinas y el personal del CEDEM como su red de soporte

Se encuentra al momento de iniciar la intervención a punto de comenzar un nuevo trabajo ya que se queja del poco apoyo económico que su ex pareja le brinda Los principales puntos de conflicto con su ex giran en torno al pago de la pensión y las visitas Ella desea visitas supervisadas pues desaprueba de las numerosas acompañantes femeninas de su ex argumentando que son una mala influencia para su hijo También indica que su ex se encuentra ausente en la crianza del niño

Discurso manifiesto

Expresa sentirse muy estresada se queja de dolencias físicas y dice sentirse muy resentida Le preocupa que algo malo le esté sucediendo siente mucha rabia y afectación por la situación de tensión en torno a su relación con su ex pareja y la familia de este y expresa deseos de sentirse libre Se encuentra invadida por lo que ella llama pensamientos traumáticos siente que su carácter ha cambiado y desea liberarse de la pena que la envuelve Indica tener problemas con su ex pareja en relación a la pensión y respeto a los espacios Dice sentirse constantemente alterada cansada y desanimada Repite constantemente que su hijo es su única razón para vivir Se encuentra "tratando de buscarle lógica al daño hecho por su esposo

Resultados de la preprueba

Los resultados de la Escala de síntomas del TEPT indicaron que se cumplieran con los síntomas requeridos para el diagnóstico de TEPT con una mayoría de síntomas de evitación y excitación Los resultados del Inventario de Depresión de Beck por su parte indicaron depresión leve El sujeto marcó la puntuación más alta (10) en la Escala de Unidades Subjetivas de Malestar

Evaluación multiaxial

Eje I F43 1 Trastorno por estrés postraumático crónico [309 81]

F32 0 Trastorno depresivo mayor episodio unico [296 20]

Z63 0 Problemas conyugales [V61 1]

Z63 9 Problema de relación no especificado [V62 81]

Eje II Z03 2 [V71 09]

Eje III Ninguno

Eje IV Problemas relativos al grupo primario de apoyo (niño con Síndrome de Down perturbación familiar por separación) problemas de vivienda (conflictos con suegra conviviente) problemas económicos y relativos a la interacción con el sistema legal (problemas con los pagos de la pensión)

Eje V EEAG = 70 (en el momento de la evaluación)

Resultados de la postprueba

Los resultados de la Escala de síntomas del TEPT indicaron que a pesar de presentar nuevos síntomas de reexperimentación debido a la casi desaparición de síntomas de evitación y excitación ya no se cumplía con los síntomas requeridos para el diagnóstico de TEPT. Los resultados del Inventario de Depresión de Beck por su parte no indicaron depresión. El sujeto disminuyó en un 50% su puntuación en la Escala de Unidades Subjetivas de Malestar (marcando 5 en la postprueba).

Resultados finales

Después de 5 semanas transcurridas y de haber participado de la intervención E O presenta menos síntomas de TEPT de manera tal que ya no cumple los criterios sintomatológicos para el trastorno. Los indicadores de depresión y malestar también descendieron significativamente. Los ejercicios de respiración le han servido para disminuir su estrés y tensión disminuyendo asimismo sus dolencias físicas. El trabajo realizado sobre la identificación y evaluación de la precisión de sus pensamientos negativos también le ha permitido afrontar con mayor eficacia sus sentimientos de resentimiento, rabia y afectación por la relación con su ex y la familia de este, indicando asimismo que la convivencia con su suegra ha mejorado notablemente.

3 4 2 Sujeto # 2

Datos de filiacion

Nombre S S

Sexo Femenino

Edad 36 años

Estado civil Casada

Estudios cursados Universitarios

Profesión u ocupación Administrativa

Estatus socio-económico Medio-alto

Grupo conviviente Esposo (40 años) y dos hijas (16 y 14 anos)

Grupo no-conviviente Madre (59 años)

Historia personal y familiar

Nació y creció en la provincia de Panamá refinando una infancia feliz y normal. Tras culminar sus estudios universitarios inicia labores en una oficina del Gobierno donde conoce a quien sería su esposo. Tras un extenso noviazgo se casan y tienen dos hijas de 16 y 14 años de edad.

La situación de violencia se inicia hace poco más de un año ante un evidente cambio tanto en la conducta como el comportamiento de su pareja hacia ella tanto en el hogar como en el trabajo. El asume actitudes hostiles y paranoicas desconfiando de ella y

reclamándole que intenta alejar a sus hijas de él arruinar su vida y sabotear su posición en el lugar de trabajo que ambos comparten. Se nota distante física y emocionalmente de ella y a las múltiples agresiones verbales y discusiones se suman amenazas a la salud, seguridad e incluso vida de S S. Ella teme tomar cualquier tipo de medidas contra su pareja por temor a perder a sus hijas, indicando que no puede imaginarse que haría si algo llegase a pasarles.

Su esposo ha llegado a amenazarla con un cuchillo, la ha maltratado físicamente mediante empujones, sacudidas y apretones fuertes y en una ocasión la persiguió en su carro mientras ella iba a pie por varias calles. Las situaciones de violencia latente a las que hace referencia, junto con las múltiples amenazas hechas por su pareja y la actitud impredecible y explosiva de esta, ponen en peligro la vida de S S, más ella parece no lograr comprender esto, abstraída en el bienestar de sus hijas y el no poder siquiera abordar qué sucedería con ellas si S S considerara alejarse de su esposo.

Discurso manifiesto

Expresa una profunda tristeza y desconcierto, indicando que no sabe cómo está parada. Duda de sus buenas o malas actuaciones, que son las que para ella, de una manera u otra, la han llevado a la situación en que se encuentra actualmente. Dice sentirse estúpida y no poder hacer nada por no poner en peligro la vida y el bienestar de sus hijas, que quisiera "desaparecer" y que la presencia de su pareja o cualquier interacción con esta le producen ansiedad y temor.

Resultados de la preprueba

Los resultados de la Escala de síntomas del TEPT indicaron que se cumplían con los síntomas requeridos para el diagnóstico de TEPT con índices elevados para los síntomas de reexperimentación evitación y excitación. Los resultados del Inventario de Depresión de Beck por su parte indicaron depresión moderada. El sujeto marcó la puntuación más alta (10) en la Escala de Unidades Subjetivas de Malestar.

Evaluación multiaxial

Eje I F43.1 Trastorno por estrés postraumático crónico [309.81]

F32.1 Trastorno depresivo mayor episodio único [296.21]

Z63.0 Problemas conyugales [V61.1]

T74.1 Abuso físico del adulto [V61.1]

Eje II Z03.2 [V71.09]

Eje III Ninguno

Eje IV Problemas relativos al grupo primario de apoyo (situación de violencia conyugal) y problemas laborales (condiciones de trabajo difíciles al trabajar en el mismo sitio que su esposo maltratador)

Eje V EEAG = 55 (en el momento de la evaluación)

Resultados de la postprueba

Los resultados de la Escala de síntomas del TEPT indicaron que a pesar de presentar una disminución general en los niveles de síntomas siguen cumpliéndose los criterios para el TEPT. Los resultados del Inventario de Depresión de Beck por su parte mostraron un incremento de 2 puntos en relación a la preprueba manteniéndose la evaluación de depresión moderada. El sujeto disminuyó tan sólo un 20% su puntuación en la Escala de Unidades Subjetivas de Malestar (marcando 8 en la postprueba).

Resultados finales

Después de 5 semanas transcurridas y de haber participado de la intervención S S presenta índices menores en sus síntomas de TEPT pero aun cumple los criterios sintomatológicos para el trastorno. Los indicadores de depresión se incrementaron y sus medidas de malestar descendieron levemente. Los ejercicios de respiración le han servido para hacer más tolerables y manejables sus reacciones ansiosas aunque muchas reacciones siguen manifestándose. El trabajo realizado sobre la identificación y evaluación de la precisión de sus pensamientos negativos también le ha permitido afrontar la situación de maltrato y ha comenzado a tomar medidas legales para separarse de su esposo. Esta nueva situación sin embargo ha afectado negativamente en su evolución ya que ahora debe hacer frente a las repercusiones que la separación pueda tener en sus hijas situación que le produce muchísimo estrés y malestar.

3 4 3 Sujeto # 3**Datos de filiación**

Nombre Z Z

Sexo Femenino

Edad 27 años

Estado civil Separada

Estudios cursados Sexto año

Profesión u ocupación Oficinista

Estatus socio-económico Medio-bajo

Grupo conviviente Hijo (9 años) e hija (3 años)

Historia personal y familiar

Z Z nació y vive en Arraiján y se encuentra separada de su esposo desde hace 2 años debido a problemas de violencia conyugal y vive sola con sus dos hijos un niño de 9 años y una niña de 3 años. Conoce a su pareja mientras cursaba estudios secundarios quedando embarazada a los 18 años y casándose meses después. Indica que desde hace un par de años posteriores al nacimiento de su hijo mayor comenzó a tener problemas con su esposo al descubrir que este consumía alcohol y drogas (cocaína) iniciando su comportamiento agresivo hacia ella.

A pesar de estar separados indica seguir siendo víctima de abuso verbal de parte de su ex pareja cada vez que tienen contacto además de enfrentar problemas con el pago de la pensión y conflictos debido a desacuerdos respecto a la crianza de los niños

Su hijo mayor presenta problemas de comportamiento y conducta tanto en la escuela como en el hogar debido a la ausencia de su padre y ha recibido atención terapéutica en repetidas ocasiones Indica que ambos niños se hayan afectados por la separación así como la ausencia y conducta de su padre quien trata de ponerlos en contra de ella y les llena la cabeza de ideas y acusaciones en su contra Incapaz de controlar la rabia y frustración que la situación le produce siente temor de desquitarse con sus niños

Discurso manifiesto

Z Z demuestra grandes sentimientos de culpa por su fracaso matrimonial la conducta de su ex pareja y la afectación que sus hijos han sufrido por la separación Desea "tratar de borrar todo lo que le ha pasado y manifiesta que "todos los hombres son iguales Siente mucho enojo malhumor y rabia (que redinge hacia los niños mostrándose más irritable con ellos y teniéndoles poca paciencia) además de soledad y aislamiento Se reprocha el hecho de que su hijo ha tenido que asistir a terapia por los problemas que la separación y la ausencia de su padre han traído y como él ha visto a su padre consumir droga teme que este hecho lo haya traumatizado de por vida Muestra falta de apetito un decaimiento generalizado que le dificulta el trabajar y el dedicar tiempo y atención a sus niños durante las noches y llora constantemente al sentir que no puede solucionar sus

problemas y que jamás podrá perdonar a su pareja por el daño que le ha ocasionado a ella y a sus hijos

Resultados de la preprueba

Los resultados de la Escala de síntomas del TEPT indicaron que se cumplían con los síntomas requeridos para el diagnóstico de TEPT. Los resultados del Inventario de Depresión de Beck por su parte indicaron depresión grave. El sujeto marcó una puntuación elevada (8) en la Escala de Unidades Subjetivas de Malestar.

Evaluación multiaxial

Eje I F43.1 Trastorno por estrés postraumático crónico [309.81]

F32.2 Trastorno depresivo mayor episodio único [296.22]

A.63.0 Problemas conyugales [V61.1]

T74.1 Abuso físico del adulto [V61.1]

Eje II Z03.2 [V71.09]

Eje III Ninguno

Eje IV Problemas relativos al grupo primario de apoyo (perturbación familiar por separación) y problemas económicos y relativos a la interacción con el sistema legal (problemas con los pagos de la pensión)

Eje V EEAG = 60 (en el momento de la evaluación)

Resultados de la postprueba

Los resultados de la Escala de síntomas del TEPT indicaron que a pesar de seguirse cumpliendo los criterios para el TEPT los niveles de los síntomas han disminuido significativamente. Los resultados del Inventario de Depresión de Beck por su parte mostraron una disminución de 6 puntos en relación a la preprueba cambiando la evaluación de depresión grave a moderada. El sujeto redujo su sensación de malestar en un 50% de acuerdo a la puntuación en la Escala de Unidades Subjetivas de Malestar (marcando 4 en la postprueba).

Resultados finales

Después de 5 semanas transcurridas y de haber participado de la intervención Z Z presenta índices mucho menos elevados en sus síntomas de TEPT pero aun cumple los criterios sintomatológicos para el trastorno. Los indicadores de depresión disminuyeron así como la gravedad de su depresión (de grave a leve) y sus medidas de malestar descendieron a la mitad de las expresadas en la preprueba. Los ejercicios de respiración le han servido para lograr una respuesta conductiva y comportamental mas saludable a la hora de tratar con sus niños y en los momentos en que debe comunicarse con su ex pareja en relación a la pensión o los niños. El trabajo realizado sobre la identificación y evaluación de la precisión de sus pensamientos negativos también le ha permitido aplacar sus sentimientos de culpa y resentimiento hacia si misma. Z Z continua trabajando sobre el malestar que le ocasiona el conflicto por el pago de la pensión y las repercusiones de su separación sobre sus hijos.

3 4 4 Sujeto # 4

Datos de filiación

Nombre E S

Sexo Femenino

Edad 44 años

Estado civil Separada

Estudios cursados Sexto año

Profesión u ocupación Técnico en sistemas contables

Estatus socio-económico Medio

Grupo conviviente Ninguno (vive sola)

Grupo no-conviviente Madre (63 años)

Historia personal y familiar

Es la menor de de 7 hermanos (6 mujeres y un varón) y no refiere histona de maltrato en su infancia Se cno con sus padres y sus abuelos Culminó sus estudios secundanos y obtuvo el Título de Técnico en sistemas contables E S trabaja y vive en Arraján Actualmente se encuentra separada y viviendo sola y ha estado casada dos veces

Su pnmer matrimonio tuvo lugar teniendo ella 20 años y duró 6 anos Su primer esposo era un hombre tomador y extremadamente violento con el cual paso trabajo La golpeaba y agredía constantemente especialmente cuando tomaba y ella vivía con

miedo Tuvo tres embarazos debido a que él no le permitía cuidarse Su primer hijo un varón nace en 1986 Ella queda nuevamente embarazada en 1989 Comenta que su esposo la maltrataba aun estando embarazada llegando a patearle la panza tan fuerte que siente que por este motivo perdió a su segundo hijo el cual fallece al día de haber nacido Vuelve a quedar embarazada en 1990 pero tiene un aborto por causas naturales y lo pierde

En 1991 fallece su primer hijo a los 5 años de edad por causas médicas desconocidas E S indica que se puso muy enfermo y falleció poco después sin ahondar en el tema Tras vivir la pérdida de sus tres hijos termina la relación con su primer esposo en 1992

Tras 7 u 8 años de estar sola conoce a otro hombre y se casa con él en el 2000 Durante este lapso de tiempo sufre la pérdida de su abuela y de su padre indicando que su madre es lo único que le queda

La relación con su segundo esposo dura casi 10 años y se refiere a este como un hombre frío El tiene hijos de un matrimonio previo pero más que sentirse como una madrastra E S dice sentirse como una empleada en la casa de su nuevo esposo Poco a poco fue cansándose de la situación siendo el punto de quiebra la relación conflictiva entre ella y sus hijastras Esta relación se torna cada vez más agresiva y violenta y su esposo tomando partido por sus hijas se vuelve agresivo y violento con ella

A mediados del 2009 sufre una crisis nerviosa y queda hospitalizada acudiendo a atención psiquiátrica por 6 meses periodo de tiempo durante el cual su segundo esposo la abandona

En mayo del 2010 un intento suicida de una de sus sobrinas le provoca una nueva crisis por lo que busca ayuda para hacer frente a los traumas de su pasado S S en vez de ser referida a un grupo de apoyo para mujeres maltratadas es referida por error (u omisión) a un grupo de apoyo formado por hombres ofensores (maltratadores) Asiste sin embargo a una sesión tras lo cual es referida finalmente al CEDEM

E S presenta problemas en su trabajo debido a dificultades para relacionarse con sus compañeros además de que su estado anímico y emocional ha preocupado profundamente a su jefe quien le ha instado a que busque ayuda para estar y sentirse mejor

Discurso manifiesto

E S indica que las personas a su alrededor (familiares y compañeros de trabajo) no comprenden lo que le sucede y expresa que las personas no la quieren (a pesar de que su jefe parece mostrar genuina preocupación por su bienestar y salud y la apoya en sus intentos de recuperación) Parece cargar un gran peso sobre sus hombros por la pérdida y el duelo no elaborado de sus tres hijos y de su padre sobre quien dice El era todo Indica que le han pasado cosas muy raras y que Su madre y Dios son lo unico que tiene Dice ya no tener interés alguno por los hombres o el sexo pero que cometió

un gran error al no tener amistades y se siente muy sola. Se queja de insomnio, dolores en el cuerpo, depresión y ataques de pánico en los que sufre de falta de aire y palpitaciones, momentos en los cuales siente que "tiene la mente en blanco".

Resultados de la preprueba

Los resultados de la Escala de síntomas del TEPT indicaron que se cumplían con los síntomas requeridos para el diagnóstico de TEPT. Los resultados del Inventario de Depresión de Beck, por su parte, indicaron depresión moderada. El sujeto marcó una puntuación elevada (9) en la Escala de Unidades Subjetivas de Malestar.

Evaluación multiaxial

Eje I F43.1 Trastorno por estrés postraumático crónico [309.81]

F32.1 Trastorno depresivo mayor, episodio único [296.21]

T74.1 Abuso físico del adulto [V61.1]

Z63.4 Duelo [V62.82]

Eje II Z03.2 [V71.09]

Eje III Ninguno

Eje IV Problemas relativos al grupo primario de apoyo (fallecimiento de su padre y de sus tres hijos, secuelas por años de abuso físico de parte de su ex cónyuge) y problemas laborales (dificultad para relacionarse con compañeros de trabajo).

Eje V EEAG = 55 (en el momento de la evaluación)

Resultados de la postprueba

Los resultados de la Escala de síntomas del TEPT indicaron que a pesar de seguirse cumpliendo los criterios para el TEPT los niveles de los síntomas han disminuido levemente. Los resultados del Inventario de Depresión de Beck por su parte mostraron una disminución de 9 puntos en relación a la preprueba cambiando la evaluación de depresión moderada a leve. El nivel de malestar experimentado por el sujeto se redujo 3 unidades de acuerdo a la puntuación en la Escala de Unidades Subjetivas de Malestar (marcando 6 en la postprueba).

Resultados finales

Después de 5 semanas transcurridas y de haber participado de la intervención E S presenta índices menos elevados en sus síntomas de TEPT pero aun cumple los criterios sintomatológicos para el trastorno. Los indicadores de depresión disminuyeron así como la gravedad de su depresión (de moderada a leve) y sus medidas de malestar se redujeron en 3 unidades. Los ejercicios de respiración le han servido para controlar sus ataques de pánico y sentir menos ansiedad sobre todo en el trabajo. El trabajo realizado sobre la identificación y evaluación de la precisión de sus pensamientos negativos le ha permitido comenzar a elaborar parcialmente su duelo pero aun expresa sentirse extremadamente triste y sola.

3 4 5 Sujeto # 5

Datos de filiación

Nombre C A

Sexo Femenino

Edad 38 años

Estado civil Casada

Estudios cursados Sexto año

Profesión u ocupación Ama de casa

Estatus socio-económico Medio

Grupo conviviente Esposo (41 años) Hijo (15 años) e Hija (10 años)

Grupo no-conviviente Suegra padre 4 hermanas y 2 hermanastros paternos (todos ellos en Colombia)

Historia personal y familiar

C A nace en Colombia donde se cria y cursa estudios primarios y secundarios. Es la menor de cuatro hermanas y tiene dos hermanastros por parte de su padre (de una relación anterior).

Viaja a Panamá a inicios de los 90 y conoce a su futuro esposo panameno trabajador del Canal con quien se casa en 1993 y con quien tiene 2 hijos un niño de 15 años y una niña de 10 años.

Desde antes de casarse C A indica saber que su esposo es muy machista y celoso más le resta importancia a la situación e incluso tiene una ruptura con su padre debido a diferencias de éste con su pareja y la desaprobación de su relación con él

Una vez casados la situación de celos va empeorándose y C S se dedica a ser ama de casa ya que su esposo le prohíbe trabajar indicándole que su lugar está en la casa cuidando de los niños y de él y manejando el hogar

Durante su segundo embarazo su sobrina (de parte de una de sus hermanas) se muda con ellos C A nota una conducta muy extraña e inusual entre ésta y su marido sospechando que ambos mantienen una relación secreta (a pesar de que la niña es menor de edad con 16 años) No se atreve a enfrentar a su esposo respecto a esto negándose a creer que sería capaz de algo así Cada vez que intenta abordar el tema él se torna muy agresivo y violento Refiere que no es la primera vez que su pareja se pone así y que si bien nunca la ha golpeado si ha sufrido empujones sacudidas e incluso bofetadas situaciones que tienen lugar cuando él la ceba o ella se resiste a tener sexo con él o se niega a satisfacer sus peticiones sexuales Eventualmente la sobrina regresa a Colombia y el tema queda sin explorar

En el 2007 su sobrina regresa a Panamá y C A se arma de valor para enfrentar a su pareja respecto a la situación y ésta reacciona violentamente agrediéndola Los constantes cuestionamientos y celos de su esposo continúan así como problemas de límites al darse cuenta C A que su pareja revisa su celular y correo electrónico para controlarla y saber donde está que hace y con quien habla

Tras otro episodio de gritos amenazas y empujones en el 2009 C A abandona el hogar con sus dos hijos mudándose temporalmente donde su suegra con quien mantiene una buena relación y la cual no justifica ni ampara la conducta de su hijo Debido a que su esposo aplaca su conducta durante este tiempo decide reconciliarse con este a finales del 2009

C A acude a la Iglesia Hosanna y reza constantemente por que la situación matrimonial cambie y mejore más la situación de celos cuestionamientos y estallidos de violencia continuan suscitándose y su esposo le pide cosas en la cama (como tener sexo anal y que se vista más provocativamente) que ella no desea y teme que responda más violentamente ante su renuencia

También indica que su esposo le mete ideas a sus hijos para ponerlos en su contra y que estos están comenzando a mostrar conductas agresivas hacia ella como gritarle e insultarla

Discurso manifiesto

C A expresa que su vida es una pesadilla y que siente una profunda molestia por haber caído en el juego de confiar en su esposo situación por la cual ahora se encuentra segun ella pagando las consecuencias

Indica sufrir de ataques de nervios y siente mucha ansiedad cada vez que tiene que regresar a su hogar. Siente que camina sobre vidrio molido y que cualquier cosa que pueda hacer podría detonar la ira de su pareja.

Teme irse a dormir por temor a las peticiones sexuales que su esposo pueda demandarle y esto la hace sentirse especialmente mal debido a su profunda religiosidad.

Al mismo tiempo se siente mal de no haber buscado ayuda anteriormente al notar los cambios de conducta y comportamiento cada vez más hostil y agresivo de sus hijos hacia ella, sobre todo de parte de su hijo mayor de quien teme que siga los pasos de su padre.

Resultados de la preprueba

Los resultados de la Escala de síntomas del TEPT indicaron que se cumplían con los síntomas requeridos para el diagnóstico de TEPT (Pre-test 23 puntos). Los resultados del Inventario de Depresión de Beck por su parte indicaron depresión grave (Pre-test 38 puntos). El sujeto marcó una puntuación elevada (Pre-test 10 puntos) en la Escala de Unidades Subjetivas de Malestar.

Evaluación multiaxial

Eje I F43 1 Trastorno por estrés postraumático crónico [309 81]

F32 2 Trastorno depresivo mayor episodio unico [296 22]

T74 1 Abuso físico del adulto [V61 1]

T74 2 Abuso sexual del adulto [V61 1]

Eje II Z03 2 [V71 09]

Eje III Ninguno

Eje IV Problemas relativos al grupo primario de apoyo (violencia conyugal)

Eje V EEAG = 55 (en el momento de la evaluación)

Resultados de la postprueba

Los resultados de la Escala de síntomas del TEPT indicaron que a pesar de seguirse cumpliendo los criterios para el TEPT los niveles de los síntomas han disminuido levemente (Pre-test 23 puntos Post test 16 puntos) Los resultados del Inventario de Depresión de Beck por su parte mostraron una disminución de 12 puntos en relación a la preprueba cambiando la evaluación de depresión grave a moderada (Pre-test 38 puntos Post test 26 puntos) El nivel de malestar experimentado por el sujeto se redujo 3 unidades de acuerdo a la puntuación en la Escala de Unidades Subjetivas de Malestar (Pre test 10 puntos Post test 7 puntos)

Resultados finales

Después de 5 semanas transcurridas y de haber participado de la intervención C A presenta índices menos elevados en sus síntomas de TEPT pero aun cumple los criterios sintomatológicos para el trastorno. Los indicadores de depresión disminuyeron así como la gravedad de su depresión (de grave a moderada) y sus medidas de malestar se redujeron solamente en 3 unidades. A pesar de haberlos practicado durante las sesiones C A no realiza los ejercicios de respiración fuera de éstas y le ha resultado difícil realizar la mayoría de las tareas asignadas culpando por ello la situación en que se encuentra. Al estar inmersa en el ciclo de violencia conyugal este puede ser un factor negativo a su evolución notorio en el grado de malestar que expresa seguir experimentando a pesar de haber finalizado la intervención. Factores psicosociales tales como el ser extranjera depender económicamente de su pareja sus dos hijos y el no haber trabajado nunca también deben considerarse como factores que influyen negativamente en su mejoría.

3 4.6 Sujeto # 6

Datos de filiación

Nombre M M

Sexo Femenino

Edad 28 años

Estado civil Separada

Estudios cursados Universitarios

Profesión u ocupación Contadora

Estatus socio-económico Medio

Grupo conviviente Madre (53 años) padre (57 años) hermana (31 años)

Historia personal y familiar

M M vivió durante 5 años en una relación de violencia con su pareja a quien aun ama profundamente. El provenia de una familia desintegrada con malos antecedentes y muchos problemas de violencia y alcoholismo. Era un hombre extremadamente encerrado en si mismo y poco expresivo y se volvía rudo y silencioso al tomar

La pareja discutia muy seguido y él le gritaba e increpaba. Luego ambos se contentarian y pretendian que nada había sucedido. El culpaba a M M por iniciar las peleas diciéndole que si mantuviera su boca cerrada esas cosas no sucederían. Pronto comenzó a mostrar disgusto si ella salia con sus amistades, hablaba con otros

hombres o se quedaba trabajando hasta tarde. No creía en sus explicaciones y le decía que le estaba mintiendo u ocultando cosas provocando discusiones mas y mas acaloradas

M M empezó a evadir las salidas y encuentros con amigas y le aterraba la posibilidad de tener que quedarse trabajando hasta tarde por temor a mas peleas, gntos e insultos. Esta situación se extendió por casi tres años.

Una noche su pareja llegó tarde en la noche en estado de ebriedad y la saco de la cama tomándola por el cuello y golpeándola contra la pared. La arrastró por el cabello golpeándola, empujándola y sacudiéndola sin detenerse a pesar de sus gntos y llanto. M M expresa que al día de hoy no comprende por qué él la agredió de esa manera y con tal intensidad. Finalmente al darse cuenta de que los vecinos estaban al tanto de lo que sucedía finalmente se detuvo.

Al siguiente día ella acude a la policía pero su pareja logra convencerla de no presentar cargos. Él le prometió comenzar a buscar ayuda por su problema de alcoholismo e incluso asistieron por unos meses a terapia de parejas pero pronto comenzaron nuevamente las discusiones, gntos, insultos y amenazas.

Debido a que su pareja disminuyó su consumo de alcohol las peleas raramente llegaban a agresiones físicas y de esta manera ella se mantuvo en la relación por varios años hasta que el año pasado su consumo de alcohol y conducta violenta empeoró al igual que sus constantes celos y paranoia.

La situación llegó a su límite durante un fin de semana en el cual él la llamaba constantemente para preguntarle dónde estaba y con quién andaba amenazándola acerca de lo que la esperaba al regresar a la casa. Aterrada y temiendo por su vida M M se quedó en casa de una amiga y al día siguiente faltó al trabajo y tras asegurarse de que su esposo no estaba en la casa regreso a esta empacó y abandono el hogar procediendo a presentar cargos formales contra su pareja. Desde entonces ella está por su cuenta se ha mudado a la casa de sus padres y se encuentra tramitando legalmente su separación.

Discurso manifiesto

Indica que su relación tenía sus altas y bajas y que a pesar de las dificultades ella siempre decía pensaba y creía que era una buena relación y que solo ahora se da cuenta de que cometió el peor error de su vida al involucrarse con ese hombre.

Dice que siempre defendía la conducta anti social y agresiva de su pareja justificando su enojo por sus antecedentes familiares y que sentía lastima por él. Se siente avergonzada y horrorizada por los insultos y agresiones que debió soportar de su pareja.

M M anhelaba arreglar su relación y a su pareja y se negaba a afrontar el problema de violencia del cual era víctima. A pesar de haber logrado alejarse de su pareja agresiva M M aun piensa en él sigue amándolo y siente un profundo dolor tanto por lo

sucedido como por sus sentimientos contradictorios. Manifiesta dificultades para iniciar nuevas relaciones sintiéndose incapaz de dejar entrar a ningún hombre en su vida.

Siente desconfianza, temor e incertidumbre. Por momentos se siente feliz y luego se siente destrozada y víctima del llanto. A pesar de no haber tenido mayor contacto con su pareja desde que abandonó el hogar que compartían, siente temor, ansiedad y le preocupa que algo terrible le pueda suceder si llegase a cruzarse con él o éste decidiese tomar algún tipo de represalias contra ella.

No comprende cómo un ser humano haya sido capaz de lastimarla a tal grado, destruir su confianza en sí misma y romperle el corazón, resultándole difícil alejar estos pensamientos de su mente.

Resultados de la preprueba

Los resultados de la Escala de síntomas del TEPT indicaron que se cumplían con los síntomas requeridos para el diagnóstico de TEPT (Pre-test: 25 puntos). Los resultados del Inventario de Depresión de Beck, por su parte, indicaron depresión moderada (Pre-test: 25 puntos). El sujeto marcó una puntuación elevada (Pre-test: 7 puntos) en la Escala de Unidades Subjetivas de Malestar.

Evaluación multiaxial

Eje I F43 1 Trastorno por estrés postraumático crónico [309 81]

F32 1 Trastorno depresivo mayor episodio unico [296 21]

T74 1 Abuso físico del adulto [V61 1]

Z63 4 Duelo [V62 82]

Eje II Z03 2 [V71 09]

Eje III Ninguno

Eje IV Problemas relativos al grupo primario de apoyo (duelo por ruptura de relación y abuso conyugal)

Eje V EEAG = 60 (en el momento de la evaluación)

Resultados de la postprueba

Los resultados de la Escala de síntomas del TEPT indicaron que a pesar de seguirse cumpliendo los criterios para el TEPT los niveles de los síntomas han disminuido notablemente (Pre-test 25 puntos Post test 11 puntos) Los resultados del Inventario de Depresión de Beck por su parte mostraron una disminución de los índices de depresión en relación a la preprueba cambiando la evaluación de depresión moderada a leve (Pre test 25 puntos Post test 14 puntos) El nivel de malestar experimentado por el sujeto se redujo 3 unidades de acuerdo a la puntuación en la Escala de Unidades Subjetivas de Malestar (Pre test 7 puntos Post test 4 puntos)

Resultados finales

Después de 5 semanas transcurridas y de haber participado de la intervención M M presenta índices menos elevados en sus síntomas de TEPT pero aun cumple los criterios sintomatológicos para el trastorno. Los indicadores de depresión disminuyeron así como la gravedad de su depresión (de moderada a leve) y sus medidas de malestar se redujeron en 3 unidades. Los ejercicios de respiración le han servido para controlar su temor, ansiedad y preocupación. Indica que cuando le invaden los pensamientos acerca de su relación pasada ya no son tan intensos y los ejercicios de respiración calmada junto al trabajo realizado sobre la identificación y evaluación de la precisión de sus pensamientos negativos le han permitido controlarlos y hacerlos a un lado. Ha disminuido la culpa y auto-castigo por las decisiones que la llevaron a la relación y a perpetuarla por tantos años. Sigue pensando en su pareja y aun siente algo por ella mas expresa sentir menor malestar por ello.

3 4 7 Sujeto # 7

Datos de filiación

Nombre G L

Sexo Femenino

Edad 56 años

Estado civil Separada

Estudios cursados Sexto año

Profesión u ocupación Empleada de almacén

Estatus socio-economico Medio bajo

Grupo conviviente Hermana menor (52 años)

Grupo no-conviviente Hija (24 años) Hijo (21 años)

Historia personal y familiar

G L es una mujer de 56 años de edad que estuvo en una relación abusiva durante 20 años desde 1985 hasta el 2006. En el transcurso de su historia de violencia conyugal su esposo llega a golpearla tan fuerte que le rompe varias costillas, le quiebra un dedo y la deja inconsciente en varias ocasiones.

La pareja tiene dos hijos, un varón y una mujer. En muchas ocasiones ella se interpone entre su esposo y sus hijos cuando este intenta golpearlos también a ellos.

Indica que a lo largo de todo ese tiempo a pesar de que lo deja muchas veces siempre regresa

Cuando su hijo menor entra en la adolescencia comienza a manifestar conductas abusivas llegando a empujarla e incluso golpearla G L lo enfrenta gntándole y respondiéndole físicamente

En el 2006 harta de años de violencia abusos y golpes y siendo ya mayores sus dos hijos decide finalmente abandonarlo definitivamente

El comenzar a buscar ayuda y orientación para sobrevivir a su historia de abuso provoca el enojo de uno de sus hijos (el menor de ellos) quien corta todo contacto con ella negándole ver a su nieto y negándose a admitir que ella fue víctima de abuso a pesar de que atestiguo multiples episodios de violencia e incluso en varias ocasiones intento interponerse Su hija corta contacto con ella acusándola de haber abandonado a su padre y de haber destruido el hogar

Su ahora ex-esposo niega haberla abusado a ella o a sus hijos a pesar de haber sido arrestado en varias ocasiones y de haber varias denuncias interpuestas por esto

A pesar de haber pasado 4 años experimenta muchas secuelas y su historia le acarrea muchos problemas motivo por el cual llega al CEDEM en busca de orientación y ayuda

Discurso manifiesto

Durante la relación con su abusador indica haberse sentido aislada sola y asustada. Es muy sensible a cualquier tipo de críticas. Sonidos o voces fuertes la alteran profundamente. Sufre de pesadillas que la despiertan entre gritos y llanto. Dice sufrir de dolores de cabeza muy fuerte y llora con mucha facilidad.

Teme salir y evita hacerlo siempre que puede a pesar de que se recuerda a sí misma como una persona extrovertida y muy sociable. Le aterra salir de compras o a la calle pues ha sufrido varios ataques de pánico ante un ruido fuerte o susto. Ataques que pueden durarle hasta 30 minutos.

Se disculpa por todo constantemente aun sobre las cosas que sabe están fuera de su control y duda mucho acerca de dar a conocer su opinión o defender su punto de vista. Sufre ataques de llanto ante cualquier error o equivoco que cometa sin importar que tan leve e insignificante sea.

El tener que hablar sobre el abuso, recordar su experiencia o ver o leer sobre el tema le provocan muchísima rabia, enojo y rencor que siente es incapaz de controlar.

Indica que no dejó a su pareja por temor, baja auto-estima y razones económicas y que cuando tenía la capacidad económica para hacerlo no tenía la confianza para dar el paso. Dice que siempre hallaba excusas para seguir a su lado esperando a que sus

hijos crecieran diciéndose que el abuso no era tan malo o creyendo que él estaba realmente arrepentido y que iba a cambiar

Resultados de la preprueba

Los resultados de la Escala de síntomas del TEPT indicaron que se cumplían con los síntomas requeridos para el diagnóstico de TEPT (Pre-test 32 puntos) Los resultados del Inventario de Depresión de Beck por su parte indicaron depresión grave (Pre test 30 puntos) El sujeto marcó la puntuación mayor (Pre-test 10 puntos) en la Escala de Unidades Subjetivas de Malestar

Evaluación multiaxial

Eje I F43.1 Trastorno por estrés postraumático crónico [309.81]

F32.2 Trastorno depresivo mayor episodio único [296.22]

T74.1 Abuso físico del adulto [V61.1]

Z63.8 Problemas paterno-filiales [V61.20]

Eje II Z03.2 [V71.09]

Eje III Ninguno

Eje IV Problemas relativos al grupo primario de apoyo (perturbación familiar por separación historia de abuso conyugal distanciamiento con ambos hijos debido a la separación de su pareja)

Eje V EEAG = 55 (en el momento de la evaluación)

Resultados de la postprueba

Los resultados de la Escala de síntomas del TEPT indicaron que a pesar de seguirse cumpliendo los criterios para el TEPT los niveles de los síntomas han disminuido levemente (Pre-test 32 puntos Post test 26 puntos) Los resultados del Inventario de Depresión de Beck por su parte mostraron una leve disminución de los índices de depresión en relación a la preprueba cambiando la evaluación de depresión grave a moderada (Pre test 30 puntos Post test 24 puntos) El nivel de malestar experimentado por el sujeto se redujo solamente 2 unidades de acuerdo a la puntuación en la Escala de Unidades Subjetivas de Malestar (Pre-test 10 puntos Post test 8 puntos)

Resultados finales

Después de 5 semanas transcurridas y de haber participado de la intervención MM presenta cambios leves en sus síntomas de TEPT y aun cumple los criterios sintomatológicos para el trastorno Los indicadores de depresión también disminuyeron levemente así como la gravedad de su depresión (de grave a moderada) y sus medidas de malestar se redujeron apenas en 2 unidades Los ejercicios de respiración le han servido para disminuir la intensidad de sus reacciones ante situaciones que le provocan malestar mas estas continúan suscitándose El trabajo realizado sobre la identificación y evaluación de la precisión de sus pensamientos negativos le ha ayudado a disminuir sus sentimientos de culpa y auto-crítica pero la intensidad de los mismos sigue siendo notona evidenciado por el alto nivel de malestar que expresa seguir experimentando

3 4 8 Sujeto # 8

Datos de filiación

Nombre E P

Sexo Femenino

Edad 55 años

Estado civil Divorciada

Estudios cursados Cuarto año

Profesión u ocupación Desempleada

Estatus socio-económico Medio-bajo

Grupo conviviente Hija (39 años)

Historia personal y familiar

E P nace y se cria en Chinqui siendo la menor de cuatro hermanas y dos hermanos Su padre es muy autoritario bebedor y mujeriego estricto con la disciplina en el hogar y su madre una mujer muy religiosa y sumisa

Queda embarazada a los 16 años de su primer novio el cual la coacciona a que tengan relaciones después de un baile diciéndole que solo la llevaría de regreso a su casa si accedía acostarse con él Queda profundamente resentida con este sintiendo odio por lo sucedido mas sintiéndose incapaz de contarle a nadie lo que sucedió Cuando sus

padres descubren su embarazo exigen que se case con el muchacho para guardar la dignidad de la familia

El primer episodio de violencia tiene lugar la noche previa a la boda. Le ruega a su padre que no la obligue a casarse pero este le dice que le toca lo que se merece por su conducta.

Sufre abuso físico de parte de su cónyuge durante todo el embarazo llegando a requerir hospitalización. Regresa al hogar tras nacer su hija creyendo que esto detendrá el abuso y la violencia mas no es así. Sus vecinos le comentan lo que sucede a su madre y esta le dice que está cansada de que su hija la avergüence frente a los vecinos.

E P vive atrapada en el infierno según sus palabras por 24 años víctima constante de abusos golpes grandes patadas y violentas golpizas. En una ocasión acude en búsqueda de asistencia legal para poder poner fin a la situación de abuso y el abogado le indica que ha conversado con su esposo y que este la ama verdaderamente y por lo tanto lo mejor que podría hacer es regresar al hogar. Por supuesto que al regresar la espera una nueva golpiza. Su esposo dominante y machista controlaba su vida por completo la golpeaba constantemente y la engañaba con otras mujeres.

En 1995 su esposo se enamora de su secretana y la abandona diciéndole a todos que tuvo que dejarla porque ella era una mujer hombre holgazana perezosa y mala madre.

A 14 años de haberse separado su esposo vive lujosamente en Chiriquí con su nueva esposa mientras que E P apenas sobrevive en Panamá donde vive en un cuarto detrás de la casa de su hija llegando al CEDEM por petición de ésta ante su decaimiento anímico y dificultad para superar lo ocurrido

Discurso manifiesto

Dice que a pesar de sentirse libre cuando su esposo finalmente la deja no se siente liberada del calvario que le tocó vivir durante 24 años. Alberga mucho odio y rencor hacia su ex por el daño que le ha hecho y se siente profundamente traicionada por su familia por jamás haberla defendido del abuso

Teme dejar que ningún hombre se acerque a ella y prefiere estar sola antes de volver a caer en la misma situación

Siente que no existe justicia en el mundo ya que su ex “vive como un rey en una mansión mientras ella tiene que ver cómo subsiste y su reputación fue la que quedó puesta en duda en lugar de la de su ex

Desea no sentir enojo y suspicacia acerca de todos especialmente los hombres que conoce

Resultados de la preprueba

Los resultados de la Escala de síntomas del TEPT indicaron que se cumplían con los síntomas requeridos para el diagnóstico de TEPT (Pre-test 19 puntos) Los resultados del Inventario de Depresión de Beck por su parte indicaron depresión grave (Pre-test 30 puntos) El sujeto marcó una puntuación elevada (Pre-test 8 puntos) en la Escala de Unidades Subjetivas de Malestar

Evaluación multiaxial

Eje I F43.1 Trastorno por estrés postraumático crónico [309.81]

F32.2 Trastorno depresivo mayor episodio único [296.22]

T74.1 Abuso físico del adulto [V61.1]

Eje II Z03.2 [V71.09]

Eje III Ninguno

Eje IV Problemas relativos al grupo primario de apoyo (historia de abuso conyugal)

Eje V EEAG = 60 (en el momento de la evaluación)

Resultados de la postprueba

Los resultados de la Escala de síntomas del TEPT indicaron una disminución muy leve para algunos de los síntomas se siguen cumpliendo los criterios para el TEPT (Pre-test 19 puntos Post test 16 puntos) Los resultados del Inventario de Depresión de Beck por su parte mostraron una leve disminución de los índices de depresión en relación a

la preprueba cambiando la evaluación de depresión grave a moderada (Pre-test 30 puntos Post test 25 puntos) El nivel de malestar experimentado por el sujeto se redujo solamente 1 unidad de acuerdo a la puntuación en la Escala de Unidades Subjetivas de Malestar (Pre-test 8 puntos Post test 7 puntos)

Resultados finales

Después de 5 semanas transcurridas y de haber participado de la intervención MM presenta cambios muy leves en sus síntomas de TEPT y aun cumple los criterios sintomatológicos para el trastorno. Los indicadores de depresión también disminuyeron levemente así como la gravedad de su depresión (de grave a moderada) y sus medidas de malestar se redujeron apenas en 1 unidad. A pesar de su deseo de mejorar su situación se mostró resistente a la terapia y a la realización de las tareas tales como los ejercicios de respiración y la identificación y evaluación de la precisión de sus pensamientos negativos. Como posibles factores negativos a su evolución pueden citarse los años de violencia conyugal que debió sobrellevar (24 años) la edad la situación de vida la rabia y rencor profundamente arraigados hacia su ex pareja y los hombres en general y los sentimientos de traición que alberga para con su familia además de su resistencia a participar plenamente del proceso terapéutico.

3 4 9 Sujeto # 9**Datos de filiación**

Nombre A H

Sexo Femenino

Edad 21 anos

Estado civil Soltera (en una relación)

Estudios cursados Universitarios (en curso)

Profesión u ocupación Estudiante universitaria

Estatus socio-económico Medio

Grupo conviviente Novio (24 años)

Historia personal y familiar

A H se involucra en una relación abusiva de 4 años con un hombre a quien conoce en la Universidad de Panamá mientras ella todavía es menor de edad (17 años) y está avenguando acerca de distintas Licenciaturas. El ya tiene 20 años en ese momento. Comienzan a salir tras conocerse y le parece que todo marcha bien inicialmente. Inmediatamente después de sus primeras citas deciden enseñarse y comenzar un noviazgo.

Muy temprano en la relación él comienza a adoptar una postura controladora. Inicialmente ella lo considera halagador pero su conducta se incrementa e intensifica a medida que pasa el tiempo tomándose desagradable e insoportable para ella.

La situación empeora aun mas cuando ella ingresa al primer año de su Licenciatura en la Universidad de Panamá. La acusa constantemente de flirtear con sus compañeros de clases y la llama o envia mensajes de texto para asegurarse de dónde está y con quién. Cuando ella le reclama por su conducta él se disculpa prometiéndole que no volverá a suceder. Ella continua en la relación con la esperanza de que su novio cambie.

Tienen relaciones sexuales por primera vez perdiendo su virginidad al ser presionada en tener relaciones por su novio.

La conducta controladora y manipuladora de su novio continua incrementándose con estallidos de enojo cuando ella no contesta a sus llamadas o mensajes de texto. Siente que él la utiliza tan solo para satisfacerse sexualmente y dominarla. Él logra derrumbar su confianza en sí misma y su autoestima menospreciándola y haciéndola sentir insuficiente señalando sus faltas y defectos convirtiéndola en una persona muy insegura. La insulta y degrada constantemente. Luego se disculpa diciéndola que la ama y comportándose cariñosamente con ella y el ciclo de maltrato recomienza. A H permanece a su lado por sus cosas buenas y porque tiene demasiado miedo de dejarlo.

Pronto al abuso emocional se suma el abuso físico cuando comienza a golpearla. Cuando la agrede actúa como si ella no debería de sorprenderse como si fuera su culpa que él reaccione así. La abofetea frecuentemente, la golpea en varias ocasiones y le jala el cabello tironeando su cabeza hacia abajo cuando ella no le está prestando atención cuando él habla. La toma por la garganta y la estrella contra la pared cuando ella le dice algo que no le agrada. Muchas veces él la agrede sin que ella lo provoque como si su intención fuese la de intimidarla. Durante una de sus peleas ella le responde y él la golpea más violentamente torciendo su muñeca y dejándola marcada.

Ella debe complacerlo sexualmente cuando él así lo desea y no puede negarse. Muchas veces ella queda sollozando luego de que mantienen relaciones y él simplemente deja la habitación y la ignora.

Vanas veces encuentra a su novio hablando por celular o por internet con otras mujeres y al revisar su celular y computadora encuentra chats, mensajes, números e incluso fotografías desnudas de varias mujeres diferentes. Cuando ella le pregunta con quién habla o chatea le dice que no se meta en lo que no le importa.

El abuso comienza a afectarla académicamente le cuesta concentrarse y enfocarse y sus notas han disminuido considerablemente. Se la hace ya casi imposible ocultar las señales del maltrato de su novio y la preocupación de sus compañeras de Licenciatura finalmente la llevan a buscar ayuda.

Discurso manifiesto

Manifiesta que al día de hoy lamenta haber permitido que las cosas fuesen tan rápidamente con su novio y le gustaría poder volver atrás en el tiempo y hacer las cosas distintas. Dice recordar en detalle cuanto cosa hiriente le ha dicho o hecho en los años que llevan de relación.

Ya no se siente como ella misma, siente que le han quitado una parte de su ser. Teme jamás poder volver a recuperar los años que ha perdido en esta relación, esperando que él cambie. Indica sentirse enojada y amargada debido a la manera en que ha sido tratada.

Aun ama a su novio y siente que siempre lo hará, pero que él le ha hecho demasiado daño y ella no puede seguir así. Siente que no puede confiar más en él porque la ha degradado y la humillación más grande es el saber que él está con otras mujeres aunque no lo admita. El tener que lidiar con sus engaños y sentirse demasiado intimidada para hacer algo al respecto la llena de amargura y asco hacia sí.

Se siente perseguida por su pasado, deprimida y ansiosa. En los momentos en que está sola, revive las cosas que le han sucedido, pasando muchas noches sin poder dormir, llorando histéricamente y llena de ansiedad. Piensa constantemente acerca de cómo las cosas solían ser antes y no puede superarlo y cree que jamás serán iguales. Anhela no obsesionar sobre el por qué de sus actos y no tener que revivir cada instante cuando se

encuentra sola y desea poner el pasado en su lugar y poder seguir adelante con su vida

Resultados de la preprueba

Los resultados de la Escala de síntomas del TEPT indicaron que aunque se presentan varios síntomas no se cumplen con los requeridos para el diagnóstico de TEPT (Pre-test 19 puntos) Los resultados del Inventario de Depresión de Beck por su parte indicaron depresión grave (Pre-test 32 puntos) El sujeto marcó una puntuación elevada (Pre-test 8 puntos) en la Escala de Unidades Subjetivas de Malestar

Evaluación multiaxial

Eje I F32.2 Trastorno depresivo mayor episodio único [296.22]

Z63.0 Problemas conyugales [V61.1]

T74.1 Abuso físico del adulto [V61.1]

T74.2 Abuso sexual del adulto [V61.1]

Eje II Z03.2 [V71.09]

Eje III Ninguno

Eje IV Problemas relativos al grupo primario de apoyo (relación abusiva con su novio)

Eje V EEAG = 65 (en el momento de la evaluación)

Resultados de la postprueba

Los resultados de la Escala de síntomas del TEPT indicaron una disminución en la mayoría de los síntomas reportados (Pre test 19 puntos Post test 7 puntos) Los resultados del Inventano de Depresión de Beck por su parte mostraron una disminución de los índices de depresión en relación a la preprueba cambiando la evaluación de depresión grave a leve (Pre-test 32 puntos Post test 12 puntos) El nivel de malestar experimentado por el sujeto se redujo en 5 unidades de acuerdo a la puntuacion en la Escala de Unidades Subjetivas de Malestar (Pre-test 8 puntos Post test. 3 puntos)

Resultados finales

Tras 5 semanas transcurridas y haber participado de la intervención A H ha logrado disminuir sus índices de síntomas del TEPT y de depresión Su nivel de malestar bajó de 8 puntos a solo 3 debido a los cambios que logro durante la intervención y su consultoría en el CEDEM A H se valió de los ejercicios de respiración para disminuir sus niveles de ansiedad y estabilizar su respuesta emocional cuando se encuentra sola o re expermenta lo sucedido La identificación y evaluación de la precisión de sus pensamientos negativos le han servido para reemplazar sus cogniciones acerca de la relación y sus sentimientos hacia su pareja y sí misma por otras más saludables y funcionales A mitad de la intervención terminó su relación con su pareja y se mudo junto con unas compañeras de la Licenciatura empoderada por la combinación de la intervencion y el apoyo legal y de consejeria brindado por el personal del CEDEM

3 4.10 Sujeto # 10**Datos de filiación**

Nombre G S

Sexo Femenino

Edad 31 anos

Estado civil Unida

Estudios cursados Sexto año

Profesión u ocupación Ama de casa

Estatus socio-económico Medio

Grupo conviviente Pareja (36 anos) 2 hijos de 13 y 11 años respectivamente (de una relación anterior)

Historia personal y familiar

G S nace y se cria en Veraguas hija de un hombre maltratador que insulta y golpea a su madre Durante toda su infancia es testigo de sus constantes peleas discusiones y altercados

Ella se encuentra conviviendo con una pareja agresora desde hace seis años tras una larga historia previa de abuso Ya habia estado en una relación violenta con un hombre alcohólico y agresivo que casi le quita la vida en uno de sus episodios violentos

Tiene dos hijos con éste y se mantiene a su lado a pesar del abuso que recibe hasta que la deja a ella y a sus niños por otra mujer

Conoce a otro hombre quien la rescata portándose bien con ella y con sus niños tras lo que había sobrevivido y se mudan a la capital. Pronto el comportamiento de su nueva pareja comienza a cambiar y la acusa de salir con otros hombres y de engañarlo aunque no es así. Comienza a agredirla golpeándola y estrangulándola en repetidas ocasiones cuando piensa que ella le está mintiendo o cree que está viendo a otro hombre

En muchas ocasiones sus hijos son testigos de los golpes gritos y empujones que recibe de parte de su pareja y su hijo mayor de 13 años ha comenzado a interponerse entre ellos recibiendo parte de las palizas dirigidas hacia su madre. Es esta situación el detonante que la lleva a buscar ayuda en el CEDEM para resolver su situación

Discurso manifiesto

G S indica que quisiera saber cómo superar el abuso sufrido en sus últimas relaciones y poder así seguir adelante con su vida. Se encuentra llena de rabia y de temor. Piensa que hay algún problema con ella (que hace que se involucre en relaciones abusivas). Dice que le han pasado cosas que realmente quisiera poder olvidar.

Teme abandonar a su pareja por miedo a quedarse sola pues le aterra la idea de continuar el mismo ciclo e involucrarse con otro hombre violento. Lo peor para ella es

que a pesar del abuso del que es víctima ella ama a su actual pareja aunque a veces quisiera no hacerlo pero no puede evitarlo. Odia tener que sanar

Se despierta muchas veces sintiéndose atemorizada anticipando una nueva golpiza. Habiendo estado ya en dos relaciones abusivas y haber sido testigo de la violencia entre sus padres no comprende cómo hacer para romper el ciclo. Sabe que un hombre no debe golpear a una mujer pero se pregunta si su comportamiento o lo que dice son los culpables de las agresiones que recibe

Expresa que también sabe que no es su culpa pero no puede evitar pensar que si ella fuera mejor más amable o más buena las cosas podrían haberse dado de otra manera. Confiesa que no tiene buenas habilidades sociales y se le dificulta relacionarse con los demás

Considera que está llena de odio a sí misma y que pierde la compostura regularmente gritando en todo momento y por motivos que no considera válidos. Muchas veces descarga su rabia, enojo y frustración con sus hijos gritándoles y regañándolos tras lo cual se siente terrible y muy culpable

A pesar de colaborar en el proceso terapéutico teme que ella simplemente sea así y no pueda cambiar jamás. Anhela poder tener una relación sana algún día y se cuestiona si podría tener una relación en la cual no existiesen peleas ni gritos. Se siente confundida y desea saber la forma correcta de vivir y de amar para así poder tener una relación normal (desearía poder ser normal)

Resultados de la preprueba

Los resultados de la Escala de síntomas del TEPT indican que se presentan los síntomas requeridos para el diagnóstico de TEPT (Pre-test 31 puntos) Los resultados del Inventario de Depresión de Beck por su parte indicaron depresión grave (Pre-test 40 puntos) El sujeto marcó la puntuación más alta (Pre-test 10 puntos) en la Escala de Unidades Subjetivas de Malestar

Evaluación multiaxial

Eje I F43.1 Trastorno por estrés postraumático crónico [309.81]

F32.2 Trastorno depresivo mayor episodio único [296.22]

T74.1 Abuso físico del adulto [V61.1]

Z63.0 Problemas conyugales [V61.1]

Eje II Z03.2 [V71.09]

Eje III Ninguno

Eje IV Problemas relativos al grupo primario de apoyo (abuso físico por parte del cónyuge relación abusiva previa madre víctima de abuso conyugal)

Eje V EEAG = 55 (en el momento de la evaluación)

Resultados de la postprueba

Los resultados de la Escala de síntomas del TEPT indican que continúan presentes los síntomas requeridos para un diagnóstico de TEPT (Pre-test 31 puntos Post test 27

puntos) Los resultados del Inventario de Depresión de Beck por su parte siguen indicando depresión grave (Pre-test 40 puntos Post test 35 puntos) El nivel de malestar experimentado por el sujeto se mantiene en su nivel mas alto de acuerdo a la puntuación en la Escala de Unidades Subjetivas de Malestar (Pre-test 10 puntos Post test 10 puntos)

Resultados finales

Después de 5 semanas transcurridas y de haber participado de la intervención G S presenta una evolución pobre en sus índices de síntomas del TEPT y los de depresión Su nivel de malestar no presenta cambio alguno G S se ha esforzado en la realización de los ejercicios de respiración y en la identificación y evaluación de la precisión de sus pensamientos negativos pero factores negativos han socavado su progresión Las ultimas tres semanas de la intervención se dieron a la par de un aumento progresivo de la tensión entre G S y su pareja (entre la segunda y tercera semana) que culminó en un nuevo episodio de violencia (entre la tercera y cuarta semana) Como posibles factores negativos a su evolución pueden citarse la larga historia de violencia de G S la relación violenta de sus padres el haber estado en una relacion abusiva previa a la actual y el encontrarse sumida dentro de una dinámica de violencia durante el transcurso de la intervención

3 4 11 Sujeto # 11

Datos de filiación

Nombre S U

Sexo Femenino

Edad 21 anos

Estado civil Unida (pareja en la cárcel)

Estudios cursados Cuarto año

Profesion u ocupación Vendedora de almacén

Estatus socio-económico Bajo

Grupo conviviente Padre (51 años) madre (39 anos) 2 hermanas (23 años y 15 años) y 1 hermano (17 años)

Historia personal y familiar

S U conoce a su pareja cuando ella tiene apenas 16 años y el ya tiene 20 Ambos viven en Curundu (donde ella nació y se cnó) y llevan más de 4 años y medio de relación

Indica que todo va muy bien al inicio de su relación y que él es dulce y atento con ella a pesar de que tiene reputación en el barrio de ser un maleante Ella sabe que el consume ocasionalmente marihuana con sus pasieros pero no cree que sea un gran problema ya que casi todos a quien ella conoce en el barrio lo hacen además él (dice ella) no se dedica a vender drogas ni está metido en pandillas A las tres semanas de

conocerse queda detenido por cuatro semanas por un asunto que dice no tiene que ver con el pero quedó metido

Una vez queda suelto pasan varios meses de calma Su pareja comienza a perderse del chantin por horas sin decirle dónde estuvo y comienza a sospechar que le está mintiendo y engañando

Pasan 2 años en los cuales él entra y sale de la cárcel en repetidas ocasiones por ofensas menores Ella jamás lo cuestiona y le cree todo lo que le dice Como ella ya es mayor de edad comienza a trabajar para poder mantener a ambos

S U comienza a consumir marihuana con su pareja en parte por presión de ésta y en parte porque desea sentirse normal de alguna manera Se vuelve una consumidora habitual fumando todos los días Deja de frecuentar a sus amistades y evita a su familia inventando excusas y mintiendo para ocultar su consumo de marihuana y el abuso de su pareja que va en aumento

Dice que siempre tuvieron una relación intensa y pelean y discuten frecuentemente desde el inicio llegando ambos a los empujones sacudidas y golpes pero siempre se contentan posteriormente Su pareja comienza a exigirle más dinero para su consumo de marihuana obligándola a empeñar varias joyas de su pertenencia Cuando ella se niega le da una "tanda de golpes" Él siempre se disculpa después de golpearla y le dice que no volverá a hacerlo Los episodios de violencia se suscitan más a menudo y con mayor intensidad llegando a recibir una paliza brutal en casa de su suegra que la

deja en cama durante 3 días en casa de ésta a fin de que sus padres no descubran su estado. Sospecha que él ha pasado a drogas más fuertes y que está delinquiendo para mantener su vicio.

Durante un "tumbé de drogas" su pareja queda detenida por la policía y termina en la cárcel. Ella lo visita regularmente durante los últimos 6 meses, se muda de nuevo a casa de sus padres y piensa retomar sus estudios secundarios. También indica que ha dejado de consumir manhuana y asiste a la Iglesia junto a su madre. A raíz de estos cambios en su vida, está considerando seriamente dejar a su pareja, motivo por el cual se acerca al CEDEM en busca de asistencia legal y consultoría psicológica.

Discurso manifiesto

S U siente que ha ido de adelante hacia atrás en su relación de pareja y que ha tocado fondo al punto de desconocerse. El consumo de drogas la ha hecho sentirse perezosa, miserable, demacrada y fea, perdiendo peso que aun está recuperando.

Dice que se aferró a su pareja tan fuerte que se olvidó de quién era ella. Ocultó muchas cosas a sus amistades y a su familia durante sus años de relación y esto le ocasiona mucha culpa y vergüenza.

Empieza a comprender que es probable que él nunca cambie y que al salir de la cárcel si ella regresa con él las cosas empeoren y termine muerta. Su fe en Dios y el asistir a la Iglesia la hacen sentirse más fuerte y decidida.

Resultados de la preprueba

Los resultados de la Escala de síntomas del TEPT indican que no se presentan los síntomas requeridos para el diagnóstico de TEPT (Pre-test 5 puntos) Los resultados del Inventario de Depresión de Beck por su parte indicaron depresión leve (Pre-test 13 puntos) El sujeto marcó una puntuación elevada (Pre-test 7 puntos) en la Escala de Unidades Subjetivas de Malestar

Evaluación multiaxial

Eje I F32 0 Trastorno depresivo mayor episodio unico [296 20]

T74 1 Abuso físico del adulto [V61 1]

Z63 0 Problemas conyugales [V61 1]

F12 20 Dependencia de Cannabis remisión total temprana sin dependencia fisiológica [304 30]

Eje II Z03 2 [V71 09]

Eje III Ninguno

Eje IV Problemas relativos al grupo primario de apoyo (abuso físico por parte de la pareja) y problemas relativos a la interacción con el sistema legal o el crimen (pareja en la cárcel)

Eje V EEAG = 75 (en el momento de la evaluación)

Resultados de la postprueba

Los resultados de la Escala de síntomas del TEPT indican que los poco síntomas manifestados disminuyeron casi en su totalidad (Pre-test 5 puntos Post test 2 puntos) Los resultados del Inventario de Depresión de Beck por su parte ya no indican depresión (Pre-test 13 puntos Post test 4 puntos) El nivel de malestar experimentado por el sujeto disminuyo casi en su totalidad de acuerdo a la puntuación en la Escala de Unidades Subjetivas de Malestar (Pre-test 7 puntos Post test 2 puntos)

Resultados finales

Después de 5 semanas transcurridas y haber participado de la intervención S U presenta una evolución muy favorable con la remisión de la mayoría de los síntomas de ansiedad y depresión que presentaba casi en su totalidad al igual que su nivel de malestar A pesar de no presentar TEPT ha utilizado los ejercicios de respiración como una herramienta para afrontar situaciones estresantes con mayor serenidad y calma La identificación y evaluación de la precisión de sus pensamientos negativos le han ayudado a identificar los aspectos más tóxicos y distorsionados de su dinámica de pareja Sus sentimientos de culpa y auto reproche por su conducta adictiva también han disminuido Ha logrado abrirse a sus amistades y familia en relación a muchos de los eventos transcurridos en su vida y siente que finalmente está avanzando en la dirección correcta Aun visita a su pareja en la cárcel aunque con menor frecuencia y a pesar de que aun no ha decidido si proseguir o no la relación está mas consciente acerca de los cambios necesarios y pasos que deben de darse si deciden continuar juntos

3 4 12 Sujeto # 12**Datos de filiación**

Nombre B Z

Sexo Femenino

Edad 25 años

Estado civil Casada

Estudios cursados Sexto año

Profesión u ocupación Ama de casa

Estatus socio-económico Medio bajo

Grupo conviviente Esposo (37 años) 4 hijos varones (7 5 3 y 2 años respectivamente)

Historia personal y familiar

B Z nace y se cria en Penonomé donde conoce al hombre de sus sueños a los 15 anos El un taxista tiene ya 27 años y procuran mantener su relación en secreto hasta que ella cumpla la mayoría de edad

Lo describe como un hombre amoroso que se preocupa genuinamente por ella algo que ha anhelado toda su vida pues jamás lo sintió de parte de sus padres Describe a su madre como una mujer deprimida amargada y distante y a su padre como un tomador y mujenego que siempre estaba ebrio o ausente

A menudo tienen discusiones en las cuales él llega a gritarle e insultarla disculpándose luego con ella y pidiéndole perdón. Ella sabe que a él le gusta irse a tomar con sus amigos visitar clubes nocturnos y discotecas a las que ella no puede asistir por ser menor de edad. Ella espera que con tiempo y amor cambie su forma de ser y se aquiete.

Ya con su mayoría de edad se casa y ambos se mudan a Panamá se casan compran una casa en Chorrera y unos meses más tarde queda embarazada de su primer hijo. Aunque ya están casados y ella embarazada su pareja continua sus salidas nocturnas con otros amigos taxistas de su piquera llegando a la casa a las 3 o 4 de la mañana o incluso más tarde la mayoría de las veces muy ebrio. Los reclamos de parte de ella detonan intensas discusiones con proliferación de gritos e insultos. B Z espera una vez más que la situación mejore una vez que da a luz pero las cosas solamente empeoran.

Ella aumenta de peso después del embarazo y siente que él pierde interés en tener relaciones con ella pasa más tiempo fuera de la casa y llega cada vez más tarde más borracho y más agresivo. Pasa menos tiempo en casa casi ni le presta atención a ella o a su hijo y apenas le deja dinero para comprar comida leche y pañales.

Las discusiones y peleas continúan pero ahora él comienza a jalarle el cabello abofetearla empujarla e insultarla llamándola gorda e inútil. Cada vez que ella llega a su límite e intenta irse él la convence de quedarse diciéndole que cambiará. Estas reconciliaciones son las pocas ocasiones en que tienen sexo (salvo cuando él llega

ebrio y con ganas) y como a él no le gusta usar protección ella queda embarazada tres veces más

Con cada hijo que se suma a la familia más difícil se le hace a B Z contemplar el abandonar a su pareja ya que tan solo tiene sus estudios secundarios completos y jamás ha trabajado

Actualmente la relación con su pareja está cada vez peor los estallidos de violencia son más frecuentes y su pareja bebe más y más Sus hijos no son testigos de los episodios de agresión física pero si han visto a su padre ebrio muchas veces y lo han visto insultándola y gritándole y teme que esto pueda afectarlos Las discusiones gritos e insultos son comunes y las agresiones físicas suceden por lo menos una vez al mes

B Z quiere separarse de su pareja pero no sabe cómo proceder y de decidirse teme que vuelva a convencerla de quedarse Tras recibir una charla de parte del personal del CEDEM dada en el colegio de sus hijos decide acercarse al Centro en busca de orientación

Discurso manifiesto

Dice sentirse como una estúpida por haber intentado salirse de la relación tantas veces y siempre dejar que la convenza de quedarse y de que cambiará La llena de rabia que el pueda ser bueno considerado y amable con todos los demás (sus amigos su familia etc) pero no con ella ni sus hijos

Desea profundamente seguir esta vez con su decisión de separarse y no cambiar de opinión. No desea seguir viviendo de esta forma por el resto de su vida. Siente que le faltan las fuerzas para afrontar la situación y que necesita ayuda. Le da lástima que sus hijos tengan que ver a su padre ebrio y a su madre desmoronándose e infeliz.

Se cuestiona permanentemente si está haciendo lo correcto ya sea quedándose o intentando salirse de la relación. Siente que es aun muy joven y que se merece una vida mejor ella y sus hijos. No tiene vida propia ni amigos por culpa de su pareja. Solía ser una persona alegre y esperanzada y ahora solamente se siente triste, desanimada, desechada, ansiosa y deprimida.

Resultados de la preprueba

Los resultados de la Escala de síntomas del TEPT indican que se presentan los síntomas requeridos para el diagnóstico de TEPT (Pre-test: 19 puntos). Los resultados del Inventario de Depresión de Beck, por su parte, indicaron depresión grave (Pre-test: 37 puntos). El sujeto marcó una puntuación alta (Pre-test: 9 puntos) en la Escala de Unidades Subjetivas de Malestar.

Evaluación multiaxial

Eje I F43 1 Trastorno por estrés postraumático crónico [309 81]

F32 2 Trastorno depresivo mayor episodio unico [296 22]

T74 1 Abuso físico del adulto [V61 1]

Z63 0 Problemas conyugales [V61 1]

Eje II Z03 2 [V71 09]

Eje III Ninguno

Eje IV Problemas relativos al grupo primario de apoyo y conyugales (abuso físico por parte de la pareja)

Eje V EEAG = 55 (en el momento de la evaluación)

Resultados de la postprueba

Los resultados de la Escala de síntomas del TEPT indican que siguen presentes los síntomas necesarios para un diagnóstico de TEPT (Pre-test 19 puntos Post test 13 puntos) Los resultados del Inventario de Depresión de Beck por su parte indican una disminución en el nivel de depresión de grave a moderado (Pre-test 37 puntos Post test 25 puntos) El nivel de malestar experimentado por el sujeto disminuyó casi en 3 puntos de acuerdo a la puntuación en la Escala de Unidades Subjetivas de Malestar (Pre-test 9 puntos Post test 6 puntos)

Resultados finales

Después de 5 semanas transcurridas y de haber participado de la intervención B Z presenta una disminución en la sintomatología de TEPT y depresión más no un cambio en el diagnóstico inicial. Ha utilizado los ejercicios de respiración como una herramienta para afrontar los momentos en que la dinámica de violencia con su pareja alcanza su mayor intensidad y si bien se han seguido presentando situaciones de agresión (más verbal y emocional que física) ella siente que su reacción menos intensa la ha salvaguardado de sufrir mayores agresiones. La identificación y evaluación de la precisión de sus pensamientos negativos le ayudan a manejar sus intensos sentimientos de culpa, auto-crítica y auto-reproche y poder así contemplar las opciones y posibilidades que tiene si decide dejar a su pareja. Si bien su sensación de malestar ha disminuido un poco, el estar aun dentro de la dinámica de violencia con su pareja y el sentir que sus opciones de salida son muy limitadas influyen negativamente en su evolución.

Conclusiones

La teoría cognitivo conductual nos permite comprender de mejor manera la naturaleza de las distorsiones cognitivas y su relación con el trauma los trastornos mentales asociados al mismo y la violencia ejercida contra la mujer por su pareja

Si bien el trauma es un factor esencial presente en la problemática de la violencia de pareja el tratamiento no puede ser abordado sin tomar en cuenta los diversos factores psicosociales que actúan como agentes a favor y en contra de la intervención y de una prognosis favorable y que forman un modelo único y dinámico que permite el mejor entendimiento del fenómeno

El uso del Programa de Recuperación Breve (PRB) para Sobrevivientes de Trauma en el tratamiento de las mujeres víctimas de violencia que participaron de esta investigación logró una disminución estadísticamente significativa de los niveles de síntomas de TEPT malestar y depresión presentes en la muestra

Este trabajo puede considerarse como un primer paso en la validación del PRB para su utilización en Panamá tras su aplicación en una muestra de mujeres víctimas de violencia con el potencial de poder aplicarse a otras poblaciones clínicas que hayan sido expuestas a trauma

Sin embargo la estructura y diseño mismo del programa puede provocar algunas lagunas al momento de la elaboración de la historia clínica del sujeto ya que no ahonda

en la historia personal y familiar de este ni está contemplado como un instrumento orientado a la evaluación multiaxial

El hecho de que los sujetos de la intervención fueran mujeres víctimas de violencia de pareja y el investigador representará al género masculino no tuvo efectos negativos en la aplicación de la intervención

En los casos estudiados en los cuales el sujeto tenía hijos éstos fueron un denominador común tanto para la búsqueda de ayuda como para tomar la decisión de abandonar la relación

El progreso a nivel grupal fue notable y observable una vez finalizada la intervención. Todos los integrantes del grupo experimental (100%) lograron disminuir sus niveles de síntomas del TEPT mientras que 11 participantes de 12 (92%) mostraron niveles más bajos de malestar post intervención. Igualmente 11 de 12 participantes (92%) registraron una disminución en sus niveles de depresión.

La intervención demostró tener su efecto más significativo en la disminución de los niveles de síntomas para el TEPT. La segunda variable que mostró mayor mejoría por la intervención fue la correspondiente a los niveles subjetivos de malestar. A pesar de que se demostró la efectividad de la intervención para disminuir los niveles de depresión, esta es la variable dependiente del estudio que sufrió la menor modificación. La intervención psicoterapéutica como parte de un programa interdisciplinario como el que ofrece el Centro para el Desarrollo de la Mujer (CEDEM) brinda a los usuarios una

mayor cantidad de herramientas cognitivas y conductuales para mejorar su salud mental física y emocional

El éxito final en el abordaje y tratamiento a las víctimas de violencia de pareja y la prevención de recaídas depende no solamente del éxito de la intervención sino también de una serie de factores legales económicos sociales ambientales y de demás índole que deben estar presentes a fin de brindar una red de protección soporte y contención adecuada a la víctima y a su familia

Recomendaciones

Aplicar el PRB a otras poblaciones clínicas que hayan sido expuestas a trauma a fin de poder generalizar los resultados obtenidos y robustecer la validación del instrumento

Promover la realización de estudios longitudinales para poder evaluar los resultados de la intervención cognitivo-conductual a largo plazo y obtener mayor información acerca de las recaídas

Efectuar intervenciones psicoterapéuticas a mayor plazo una vez terminada la aplicación del PRB de manera que se puedan reflejar cambios significativos en los esquemas de pensamientos y creencias nucleares de las mujeres víctimas de violencia

Educar acerca de la estrecha interrelación existente entre la violencia de pareja el trauma y el TEPT y promover el entrenamiento en el uso y manejo del PRB al personal psicoterapéutico involucrado en la atención de víctimas de violencia

Crear conciencia a nivel general acerca de los efectos devastadores a largo plazo del trauma no tratado en víctimas de violencia y sus familiares a fin de realizar mayores esfuerzos orientados y dirigidos a la educación y prevención del mismo

Bibliografía

American Psychiatric Association (2000) *DSM IV TR Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* España Elsevier Masson

American Psychiatric Association (2009) *Guideline Watch (March 2009) Practice Guideline for the Treatment of Patients with Acute Stress Disorder and Posttraumatic Stress Disorder* Estados Unidos American Psychiatric Association

American Psychiatric Association (2004) *Practice Guideline for the Treatment of Patients with Acute Stress Disorder and Posttraumatic Stress Disorder* Estados Unidos American Psychiatric Association

Aron Arthur y Aron Elaine (2001) *Estadística para psicología* Segunda edición Argentina Prentice Hall

Beck Aaron T (2009) *Depression Causes and Treatment 2nd Edition* Segunda edición Estados Unidos University of Pennsylvania Press

Branch Rhena Willson Rob (2006) *Cognitive Behavioural Therapy for Dummies* Estados Unidos Wiley and Sons Ltd

Branch Rhena Willson Rob (2007) *Cognitive Behavioural Therapy Workbook for Dummies* Estados Unidos Wiley and Sons Ltd

Camerni Julio (2004) *Introducción a la Terapia Cognitiva Teoría aplicaciones y nuevos desarrollos* Argentina C A T R E C

Carnegie Commission on Preventing Deadly Conflict (1997) *Preventing deadly conflict final report* Estados Unidos Carnegie Corporation

Foa E Cashman L Jaycox L & Perry K (1997) The validation of a self report measure of PTSD The Posttraumatic Diagnostic Scale *Psychological Assessment* 9 445-451 Estados Unidos

Foa Edna y Riggs David (2001) *Brief Recovery Program (BRP) For Trauma Survivors* Estados Unidos University of Pennsylvania Philadelphia Pennsylvania USA

Foa Edna Riggs David Dancu Constance Rothbaum Barbara (1993) Reliability and validity of a brief instrument for assessing post traumatic stress disorder *Journal of Traumatic Stress* Volume 6 Issue 4 459-473 Estados Unidos Springer Netherlands

García Julio Portilla Maria Paz Fernández Maria Teresa Martínez Pilar y Garcia Manuel (2002) *Banco de instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría clínica* Segunda edición España Ars Médica

Gómez Gessenia (2010) *Violencia en Panamá* Recuperado el 5 de Agosto del 2011 de <http://www.estudioarauz.com/pa/en/articles/76-articulos-febrero-2010/310-violencia-en-panama.html>

Kazdin Alan (2001) *Metodos de investigación en psicología clínica* Tercera edición México Prentice Hall

Kim Daeho Bae Hwallip Chon Park Yong (2008) Validity of the Subjective Units of Disturbance Scale in EMDR *Journal of EMDR Practice and Research* Volume 2 Number 1 57-62 Estados Unidos Publisher Springer Publishing Company

Organización de los Estados Americanos (1994) *Convención Interamericana para Prevenir Sancionar y Erradicar la Violencia Contra la Mujer Convencion de Belém Do Pará* Adoptada en Belem do Para Brasil el 9 de junio de 1994 en el vigésimo cuarto periodo ordinario de sesiones de la Asamblea General)

Organización Mundial de la Salud (2007) *Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE 10)* Estados Unidos Organización Mundial de la Salud

Organización Mundial de la Salud (2005) *Estudio multipaís de la OMS sobre salud de la mujer y violencia domestica Primeros resultados sobre prevalencia eventos relativos a la salud y respuestas de las mujeres a dicha violencia* Suiza Ediciones de la OMS

Organización Mundial de la Salud (2002) *Informe mundial sobre la violencia y la salud resumen* Estados Unidos Organización Panamericana de la Salud Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud

Pederson Darlene (2008) *Psych Notes Clinical Pocket Guide* Segunda edición Estados Unidos F A Davis Company

Sarason Irwin y Sarason Barbara (1996) *Psicología anormal* Séptima edición México Prentice Hall

ANEXOS

Anexo # 1 Entrevista del Evento traumático (Adaptado para el Desastre de WTC)

Participante _____ Fecha __/__/__

Terapeuta _____

El propósito de esta entrevista es preguntarle sobre el evento traumático y sobre como usted se ha estado sintiendo desde ese momento. Entiendo que por mucho que discutamos sea bastante difícil para usted hablar de eso. Una de las razones por la que hemos estructurado esto como una entrevista es hacerlo un poquito mas fácil pero si hay algo que pueda hacer para que nuestra conversación sea menos difícil por favor hágamelo saber. Podemos tomar un descanso en el momento que usted lo desee. ¿Tiene alguna pregunta antes de comenzar?

SI NO PROCEDA CON LA ENTREVISTA

Permitame comenzar con algunas preguntas básicas sobre usted

NOTA Cualquiera de las preguntas de la primera sección que pueda ser respondida por el clínico o por el material de referencia disponible puede ser saltada. No obstante algunas preguntas de trasfondo podrán ser utiles posteriormente preguntas más sensitivas

_____ 1 ¿Cuántos años tiene?

_____ 2 ¿Cuál es su origen racial? **(preguntar a criterio del entrevistador)**

- | | |
|-----------------|----------------------|
| 1 Caucásico | 4 Asiático americano |
| 2 Hispánico | 5 Nativo Americano |
| 3 Afroamericano | 6 Otro |

_____ 3 ¿Cuál es su estado civil? **NOTA** si está enterado que el sobreviviente perdió a su esposo (a) o pareja como resultado del evento traumático puede saltarse esta pregunta

- | | |
|---------------|---------------------------|
| 1 Soltero (a) | 4 Divorciado o separado |
| 2 Casado | 5 Viudo |
| 3 Unido | 6 Otro (especifique)_____ |

_____ 4 ¿Cuántos hijos tiene? **NOTA** Si Ud. esta conciente que el sobreviviente perdió uno o más hijos como resultado del evento traumático debería saltarse esta pregunta

_____ 5 ¿Cuál es su creencia religiosa actual?

- | |
|--|
| 1 Católico |
| 2 Protestante (¿cuál denominación?_____) |

3 Judío

4 Otra (¿cuál? _____)

5 Ninguna

_____ 6 ¿Cuál es su situación laboral actual? NOTA recuerde que algunos sobrevivientes puede haber perdido sus trabajos como resultado del evento traumático

1 No trabaja

2 Trabaja medio tiempo

3 Trabaja tiempo completo (más de 30 horas a la semana)

4 Pensionado

5 *Independiente*

_____ 7 ¿Cual era su situación laboral antes del momento del evento traumático?

1 No trabaja

2 Trabaja medio tiempo

3 Trabaja tiempo completo (mas de 30 horas a la semana)

4 Pensionado

5 *Independiente*

_____ 8 ¿Cuál es su ocupación actual? (si está desempleado ¿cuál fue su ultima ocupación?) Especifique

Profesional (i.e doctor abogado trabajador social enfermera contador ingeniero maestro)

Administrativo

Técnico

Ama de casa

Desempleado sin trabajo anterior

_____ 9 ¿Cual es el ultimo nivel académico que ha completado?

1 Doctorado

2 Maestria

3 Post grado

4 Licenciatura

5 Secundaria

6 Educación básica

7 Primaria

8 Otros (si no ha completado indique el ultimo año que llegó)

INFORMACIÓN DEL EVENTO TRAUMÁTICO

LÉALE AL SOBREVIVIENTE ¿Podría decirme brevemente que pasó al momento en que ocurrió el hecho?

Posibles preguntas de sondeo ¿Qué estaba haciendo justo antes del hecho? ¿Qué ocurrió durante el hecho?

¿Quien estaba alrededor cuando ocurrió el hecho?

¿Dónde estaba usted cuando sucedió el hecho?

_____ 10 Al momento del incidente ¿Pensó que moriría o quedaría gravemente herido?

1 Sí 2 No

_____ 11 ¿Cuanto tiempo duró la sensación del evento traumático? (en minutos)

_____ 12 ¿Otras personas estaban presentes durante el incidente?

1 Sí 2 No

_____ 13 ¿En qué momento del día ocurrió el incidente?

1 Día 2 Noche

_____ 14 ¿Fue herido o lesionado durante el evento traumático?

1 Sí 2 No

_____ 15 ¿Sus lesiones requirieron atención médica?

1 No

2 Sí fue tratado en el lugar del incidente

3 Sí fue tratado en el hospital o en una sala de urgencias

_____ 16 ¿Salió de la situación por su cuenta o alguien llegó a socorrerle?

1 Por mi cuenta

2 Con ayuda

3 Rescatado mientras estaba inconsciente

4 No sé

_____ 17 ¿En qué medida cree que sus acciones contribuyeron a los eventos?

- 0- No pienso que mis acciones causaran diferencia alguna
- 1 Pienso que mis acciones hicieron las cosas un poco más llevaderas
- 2 Pienso que mis acciones hicieron las cosas mucho más llevaderas
- 3 Pienso que mis acciones empeoraron las cosas un poco
- 4 Creo que mis acciones empeoraron mucho las cosas

Me gustaria que trate de recordar cómo se sintió y qué experimentó en el momento del evento traumático incluyendo los minutos justo antes Voy a preguntarle algunas cosas específicas sobre cómo se sintió en ese momento (Lea las preguntas al sobreviviente e indique por cuánto tiempo percibió la experiencia)

18 _____ ¿Tuvo usted momentos en que perdió la noción de lo que estaba pasando es decir quedaste con la mente en blanco o que de alguna manera sintió que no estaba viviendo la experiencia?

19 _____ ¿Se encontró usted como si estuviera en piloto automatico es decir haciendo algo que luego se dio cuenta que no había decidido hacer voluntariamente?

20 _____ ¿Su noción de tiempo cambió durante el evento es decir las cosas parecieron inusualmente rápidas o como en cámara lenta?

21 _____ ¿Lo que ocurrió le pareció irreal como si estuviera en un sueño o viendo una película o un juego?

22 _____ ¿Hubo momentos cuando la sensación de su cuerpo le parecía distorsionada o cambiada es decir se sintió a usted mismo inusualmente más grande o más pequeño o desconectado de su cuerpo?

23 _____ ¿Se sorprendió usted de encontrar luego del evento que muchas cosas habían sucedido en el momento que usted no estaba consciente de ellas especialmente cosas que normalmente habría notado?

24 _____ Si fue lesionado ¿Recuerda haber sentido sorpresivamente un pequeño dolor al momento de la lesión?

25 _____ En general ¿Cómo fue tratado por el personal médico? Ellos fueron (Saltarse si no es aplicable)

- 1 Comprensivos y preocupados

- 2 Neutral o enfocado al hecho
- 3 Brusco o torpe
- 4 Grosero
- 5 Incrédulo
- 6 Culpabilizador
- 7 Ambiguo

26 _____ ¿Como le afectó ese tratamiento? (Saltarse si no es aplicable) 1

Extremadamente útil

- 2 Algo útil
- 3 No hubo efecto/
- 4- Algo perjudicial
- 5 Extremadamente dañino

27 _____ En general ¿Como lo trató la policia a usted? Ellos fueron (Saltarse si no es aplicable)

- 1 Comprensivos y preocupados
- 2 Neutral o enfocado al hecho
- 3 Torpe o brusco
- 4 Grosero
- 5 Incrédulo
- 6 Culpabilizador
- 7 Ambiguo

28 _____ ¿Cómo le afectó ese tratamiento? (Saltarse si no es aplicable)

- 1 Extremadamente útil
- 2 Algo útil
- 3 No hubo efecto/
- 4 Algo perjudicial
- 5 Extremadamente danino

29 _____ ¿Cuál fue la reacción más predominante de las personas más importantes para usted cuando les informó acerca del incidente? (Saltarse si no es aplicable)

- 1 No le dijeron nada
- 2 Negativo
- 3 Neutral o enfocados en el hecho
- 4 Positivos y Comprensivos

30 _____ ¿Como esas personas importantes para usted reaccionan ahora? (Saltarse si no es

aplicable)

- 1 No le dijeron nada
- 2 Negativo
- 3 Neutral o enfocados en el hecho
- 4 Positivos y Comprensivos

31 _____ En general ¿Cómo calificaría la calidad de apoyo social que recibió después del evento traumático?

- 1 No podría ser peor
- 2 Pobre
- 3 Mixto a veces bueno a veces pobre
- 4 Aceptable
- 5 Bueno
- 6- Muy buena
- 7 No podría ser mejor

NOTA desde este punto en adelante las preguntas al sobreviviente serán “después del evento traumático

SALUD FÍSICA Y MENTAL DESPUES DEL EVENTO TRAUMÁTICO

32 _____ ¿Cómo ha estado su salud física después del evento traumático?

- 1 Bien
- 2 regular
- 3 mala

33 _____ ¿Cómo ha estado su salud emocional después del evento traumático?

- 1 Bien
- 2 regular
- 3 mala

34 _____ ¿Siente que está experimentando miedos inusuales o fobias como resultado directo del evento traumático?(ejemplo miedo a la oscuridad a estar solo (a) a cierto tipo de casa o edificios etc)

- 1 Si
- 2 No

35 _____ ¿Se siente culpable sobre el evento traumático o la forma en como se comportó durante el mismo?

- 0 No

1 Si de alguna forma sentimientos de culpabilidad ocasionales

2 Si mucha culpa sentimientos de culpabilidad frecuentes

36 _____ ¿Se siente avergonzado a cerca del evento traumatico o de la forma como se comportó durante el mismo?

0 No

1 Si de alguna forma sentimientos de verguenza ocasionales

2 Si mucha culpa sentimientos de verguenza frecuentes

Anexo # 2 Escala de síntomas del Trastorno de Estrés Post traumático (PTSD Symptom Scale PSS)

Participante
Evaluador E M
Evaluación

Fecha
Puntaje
Pre-test / Post test

Instrucciones Cada una de las siguientes preguntas se trata de un síntoma específico. Considere para cada pregunta cuántas veces le ha molestado el síntoma y con cuánta intensidad durante la última semana. Escriba al lado de cada pregunta un número de 0 a 3 para indicar la frecuencia y la gravedad del síntoma.

Escala de frecuencia y gravedad

0 = Nunca (Nada)

1 = Una vez por semana o menos (Molestia o malestar Leve)

2 = 2 a 4 veces por semana (Molestia o malestar Marcado)

3 = 5 más veces por semana (Molestia o malestar Extremo)

¿Cuánto tiempo antes de la entrevista ocurrió el último evento o episodio causante del malestar?

___ Menos de un mes

___ 1 6 meses

___ 6 12 meses

___ Más de 12 meses

Síntomas de reexperimentación (se necesita uno para diagnosticar)

___ 1 ¿Ha tenido alguna vez imágenes, recuerdos o pensamientos dolorosos del acontecimiento?

___ 2 ¿Ha tenido alguna vez pesadillas sobre el acontecimiento?

___ 3 ¿Ha sentido que el acontecimiento estaba ocurriendo de nuevo? ¿Como si lo estuviera reviviendo?

___ 4 ¿Le ha molestado alguna cosa que se lo haya recordado?

Síntomas de evitación (se necesitan tres para diagnosticar)

___ 5 ¿Ha estado evitando algún pensamiento o sentimiento sobre el acontecimiento?

___ 6 ¿Ha estado evitando hacer cosas o estar en situaciones que le recordaran el acontecimiento?

___ 7 ¿Ha sido incapaz de recordar partes importantes del acontecimiento?

___ 8 ¿Ha tenido dificultad para disfrutar de las cosas?

___ 9 ¿Se ha sentido distante o alejado de la gente?

___ 10 ¿Ha sido incapaz de tener sentimientos de tristeza o de afecto?

___ 11 ¿Ha tenido dificultad para imaginar una vida larga y cumplir sus objetivos?

Síntomas de excitación (se necesitan dos para diagnosticar)

___ 12 ¿Ha tenido dificultad para iniciar o mantener el sueño?

___ 13 ¿Ha estado irritable o ha tenido accesos de ira?

___ 14 ¿Ha tenido dificultades de concentración?

___ 15 ¿Se ha sentido nervioso, fácilmente distraído o permanecido «en guardia»?

___ 16 ¿Ha estado nervioso o se ha asustado fácilmente?

___ 17 ¿Ha tenido manifestaciones físicas por recuerdos del acontecimiento? (Incluye sudores, temblores, taquicardia, disnea, náuseas o diarrea)

Anexo # 3 Folleto Reacciones Comunes del Evento traumático

Un evento traumático es un shock emocional. Se que se esta sintiendo muy estresado ahora mismo y yo quiero abordar con usted esas reacciones que está teniendo a causa del evento traumático. Existen algunas reacciones comunes a las experiencias traumáticas aunque cada persona responde de manera única. Usted puede encontrar que ha experimentado muchas de estas reacciones. Además probablemente ha notado que ha experimentado o está experimentando algunas de estas reacciones más intensamente que otras.

1. Las reacciones primarias que la gente experimenta después de un evento traumático son miedo y ansiedad. Algunas veces sus sentimientos de ansiedad pueden ser el resultado de estar recordando el evento traumático. En otras ocasiones puede parecerle que éstos sentimientos surgen de la nada. Los sentimientos de ansiedad y miedo que está experimentando pueden ser entendidos como reacciones a situaciones peligrosas y amenazantes. Puede experimentar cambios en su cuerpo, sus sentimientos y en sus pensamientos debido a que su visión del mundo y su percepción acerca de la seguridad ha cambiado como resultado del evento traumático. Ciertos detonantes y señales pueden recordarle el evento traumático y activar sus miedos. Estos detonantes pueden ser ciertas horas del día, ciertos lugares, hombres que se aproximan, una discusión con alguien significativo para usted, cierto olor o ruido. Típicamente luego del evento traumático el miedo y la ansiedad son experimentadas de dos formas primarias:

- 1) Continuar reviviendo los recuerdos del evento traumático
- 2) Sentirse alterado y sobresaltado

Una estrategia común que utilizan las personas para aliviar la ansiedad y el estrés asociado con el evento traumático es tratar de evitar lugares, personas u otros recordatorios de ésta experiencia o tratar de distraerse. Quiero que ponga atención a los cambios que está experimentando en su cuerpo, sus sentimientos y pensamientos que hayan resultado del evento traumático.

! Las personas que han sido expuestas a un evento traumático frecuentemente reviven la experiencia. Podrá encontrar que está teniendo recuerdos subitos cuando imágenes del rostro del asaltante o algunos otros aspectos repentinamente surgen en su mente. Algunas veces el recuerdo subito puede ser tan vívido que podrá sentir como si el evento traumático estuviera ocurriendo nuevamente. Estas experiencias son intrusivas y usted probablemente siente que no tiene ningún control sobre lo que está sintiendo, pensando y experimentando durante el día o la noche.

Usted podrá encontrar también que está reviviendo el evento traumático a través de pesadillas. También podrá revivirlo emocionalmente o mentalmente sin tener recuerdos subitos o pesadillas.

3 Usted podrá notar que está teniendo **problemas de concentración**. Esta es otra experiencia común que resulta del evento traumático. Es frustrante y decepcionante no ser capaz de concentrarse, recordar y poner atención a lo que está sucediendo alrededor. Esta experiencia además conduce a sentir que no controla su mente o que se está volviendo loco. Es importante recordar que estas reacciones son temporales. Las dificultades de concentración son debido a sentimientos y recuerdos estresantes del evento traumático. En un intento para entender y digerir qué le estaba ocurriendo, su mente está constantemente yendo sobre este material trayéndoselo rumiando y tratando de digerirlo.

4 Otra reacción común al evento traumático es alteración, agitación, sentirse nervioso, sentirse hipervigilante, tembloroso, ser asustado fácilmente y tener problemas para dormir. Sentirse tenso y sobresaltado todo el tiempo puede además conducir a sentimientos de irritabilidad, especialmente si usted no está durmiendo lo suficiente. Estos cambios en su cuerpo son el resultado del miedo. Los animales y las personas tienen varias reacciones potenciales al ser asustados o amenazados. Una reacción al peligro es congelarse. Quizás haya visto a un perro que se acerca a un gato y éste por reacción de miedo se agacha y se queda muy quieto. Una posible segunda reacción al ser amenazado es huir o escapar. Una tercera reacción es pelear. Las respuestas de huida o pelea requieren una explosión de adrenalina para movilizar su cuerpo y ayudarlo a responder adecuadamente a la situación peligrosa. Como resultado del evento traumático, usted se ha dado cuenta que el peligro existe en el mundo y quiere estar listo para ello. Su cuerpo está constantemente en estado de preparación y activación, por lo cual se puede sentir listo para responder inmediatamente a la situación peligrosa.

5 Puede encontrar que está físicamente y emocionalmente evitando personas, lugares o cosas que le recuerden el evento traumático. Esta evitación es una estrategia para protegerse a usted mismo de situaciones que quizás sienta que se están convirtiendo en peligrosas y sus pensamientos y sentimientos en abrumadores y estresantes.

Algunas veces el deseo de evitar recuerdos y sentimientos sobre el evento traumático pueden ser tan intensos que puede encontrar que ha olvidado aspectos importantes de lo que pasó. Otra estrategia común para evitar sentimientos dolorosos y pensamientos es la frialdad emocional.

6 Otra reacción común es la tristeza y la sensación de sentirse desanimado o deprimido. Puede que haya tenido sentimientos de desesperanza y desesperación, frecuentes periodos de llanto y algunas veces hasta pensamientos de lastimarse a sí mismo y suicidarse. Una pérdida de interés

en las personas y en las actividades que una vez encontró placenteras están frecuentemente asociadas con el evento traumático. Nada le parece divertido. Además, puede sentir que la vida no vale la pena y que los planes que había hecho para el futuro ya no parecen importantes.

7 Durante el evento traumático, puede haber sido amenazado y forzado a participar en actos en contra de su voluntad. Usted fue violado (a). Durante el evento traumático, pudo sentir como si no tuviera el control sobre sus sentimientos, su cuerpo y su vida. Algunas veces los sentimientos de pérdida de control pueden haber sido tan intensos que como si se estuviera volviendo loco o perdiendo la razón.

8 Los sentimientos de culpa y vergüenza pueden estar presentes. La culpa y la vergüenza pueden estar relacionadas con algo que usted hizo o no hizo para sobrevivir al evento traumático. Es común una segunda conjetura de sus reacciones y culparse a sí mismo de lo que hizo o no hizo. Mucha gente se siente avergonzada después del evento traumático si fueron forzados a hacer algo que no harían bajo otras circunstancias. Algunas personas creen que si ellos hubieran luchado con su asaltante o hubiesen sido más pasivos, su evento traumático no hubiese sido tan malo. El sentimiento de culpa acerca de lo ocurrido significa que se está responsabilizando a usted mismo por las reacciones de su asaltante. Estos sentimientos de culpa pueden conducir a sentimientos de desamparo, depresión y pensamientos negativos acerca de usted mismo. La culpabilidad puede también venir de la sociedad, amigos, familia y conocidos, puesto que muchas veces la gente coloca la responsabilidad en la persona que ha sido lesionada.

9 Un sentimiento de ira es también una reacción común al evento traumático. Esta ira está sobre todo dirigida al asaltante que causó la lesión física, que lo (a) violó, que lo(a) abusó o que le robó. Sin embargo, los sentimientos de ira pueden suscitarse en presencia de personas que le recuerdan al asaltante o incluso extraños. En ocasiones puede encontrarse que está tan airado que quiere golpear algo o insultar, y si usted no solía sentirse enojado, quizás no pueda reconocer o conocer cómo manejar estos sentimientos de ira. Mucha gente, además, dirige la ira hacia sí mismos por algo que hicieron o no durante el evento traumático. Estos sentimientos de ira dirigidos a sí mismo pueden conducir a sentimientos de culpabilidad, desamparo y depresión. Además, muchas personas encuentran que están experimentando ira e irritabilidad hacia aquellas personas que más aman: familia, amigos, sus parejas y sus hijos. Algunas veces usted puede perder su sentido del humor con las personas que más estima. Esto puede ser confuso, ya que quizás no entienda por qué está tan airado e irritado con aquellos que más le importan. Mientras que la cercanía con otros se siente bien, esto también incrementa la oportunidad de sentimientos de intimidad, dependencia, vulnerabilidad y desamparo. Al tener estos sentimientos, usted se siente enojado e irritable, puesto que ellos le recuerdan el incidente.

10 La autoimagen puede también sufrir como resultado del evento traumático. Quizás se diga a usted mismo: "Soy una mala persona y me suceden cosas malas" o "Si no hubiera sido tan débil o estúpido, esto no me hubiese ocurrido o yo debería haber sido más rudo".

11 Las personas quienes han presenciado un evento traumático pueden desarrollar pensamientos negativos acerca de los demás y de los eventos de la vida. Para muchas personas la seguridad y el mundo satisfactorio que ha ellos le ha sido familiar; repentinamente se convierte en un lugar muy peligroso. Sienten que no pueden confiar en nadie. Quizás se sienta de esta forma: "O si usted ha tenido experiencias negativas previamente y pensamientos acerca del mundo, el evento traumático puede haberle confirmado su noción de que el mundo es un lugar peligroso y nadie se puede confiar". Frecuentemente hemos escuchado quienes nos han dicho que el evento traumático los ha cambiado completamente. Dicen: "antes del evento traumático no le tenía miedo a nada. Yo podía enfrentar cualquier clase de estrés; no importa cuán difícil era la situación y llevarme bien con los demás. Y ahora tengo miedo hasta de mi sombra y no puede enfrentar ni el más mínimo de los problemas. Algunas personas nos dirán: 'el evento traumático fue la última gota'. Yo siempre había sabido que no puedo confiar en mí mismo (a) o 'Yo soy la clase de persona que no puede manejar ni la más leve de las dificultades'.

12 Finalmente, como resultado del reciente evento traumático, puede estar recordando sus experiencias pasadas. Estas memorias negativas pueden suscitarse y hacerle más difícil pensar en algunas otras situaciones o experiencias que no hayan sido negativas. De hecho, tal vez se le haga muy difícil creer que alguna vez se volverá a sentir feliz o que tendrá experiencias placenteras, pero las tendrá. Es importante para usted conocer que nuestros recuerdos están asociados debido a la forma en que nuestras mentes organizan la información. Tal vez de pronto puede evocar recuerdos que haya olvidado. Estos nuevos recuerdos pueden ser tan perturbadores como el recuerdo del evento traumático reciente. Pero es posible dejar estas experiencias negativas atrás. Algunas de las reacciones comunes al evento traumático están conectadas. Para algunas personas tener recuerdos subitos puede incrementar su preocupación acerca de la pérdida de control en sus vidas e incluso la intensidad de sus miedos. En otras palabras, las respuestas de los que han presenciado un evento traumático en ocasiones interactúan con alguna otra y causan que las respuestas totales sean más intensas. De todas las reacciones al evento traumático, el miedo es probablemente la más común y aparece como la más debilitante. En este programa nos vamos a enfocar en los miedos y en los pensamientos negativos que está teniendo y que están directamente relacionados con su evento traumático.

Anexo # 4 Folleto de Respiración calmada

Propósito de los ejercicios

Reducir la velocidad de respiración

Disminuir la cantidad de oxígeno en la sangre

Con práctica disminuir la ansiedad

Instrucciones de Respiración

- 1 Respire normalmente por su nariz con la boca cerrada
- 2 Exhale lentamente con su boca cerrada
- 3 Mientras exhala diga la palabra CALMA o RELAJATE muy lentamente c a a a a l m a
a a r-e-e-e-e l a a a a j a a a t-e
- 4 Cuente lentamente hasta 4 y luego inhale nuevamente
- 5 Practique este ejercicio varias veces al día tomando de 10 a 15 respiros en cada práctica

Anexo # 5 Entrenamiento de Relajación muscular Profunda

Para muchos sobrevivientes el entrenamiento de respiración calmada es suficiente para ayudarle a disminuir el miedo y la ansiedad en situaciones estresantes en general y en situaciones particularmente relacionadas con el trauma Sin embargo algunos sobrevivientes sufren de síntomas psicológicos extremos como aumento de la frecuencia cardiaca desmayos cuando se les recuerda el trauma Estos sobrevivientes es probable que se beneficien del Entrenamiento de Relajación Muscular Profunda como se describe en este apendice

Relajación Muscular Profunda

PRESENTE LA RELAJACION AL SOBREVIVIENTE PARA ALIVIAR SU ANSIEDAD LA JUSTIFICACIÓN PARA ESTA TÉCNICA PUEDE SER

Cuando las personas se sienten ansiosas o asustadas también se tornan muy excitados físicamente Por ejemplo pueden empezar a sudar o puede aumentar su frecuencia cardiaca o como acabamos de comentar su respiración puede acelerarse Las personas también pueden experimentar mucha tensión muscular esta tensión en consecuencia los llevará a estar más ansiosos La meta de la relajación es aumentar su conciencia de esta tensión y brindarle o poner a su disposición una habilidad para reducirla Como con cualquier destreza es importante la práctica para aprenderla bien así que además de los ejercicios que practicamos aquí Ud tendrá que practicar por su cuenta tambien

Hemos encontrado que los sobrevivientes a un trauma responden bien al régimen de entrenamiento de relajación que comienza con la relajación muscular progresiva (Bernstein & Borkovec 1973) y luego introduce imágenes placenteras y respiración calmada para hacer más profundo el estado de relajación

Existen algunas dificultades potenciales relacionadas al entrenamiento de relajación con los sobrevivientes que deben discutirse antes de comenzar el entrenamiento

Durante la relajación es normal experimentar cambios inusuales en el cuerpo y la mente Para algunos sobrevivientes esto puede ser experimentado como una pérdida de control Indique al sobreviviente que estas emociones son normales y de hecho la relajación es una forma de tomar el control sobre el propio cuerpo

Pueden reaparecer recuerdos subitos del trauma u otras experiencias durante la relajación Anime al sobreviviente a dejar que estos pensamientos se alejen y desvanezcan y que se enfoque nuevamente en el grupo muscular que está siendo relajado

La relajación puede alcanzarse más fácilmente con los ojos cerrados. Sin embargo algunos sobrevivientes encontrarán extremadamente difícil cerrar los ojos. En estos casos es posible enseñarle la relajación al sobreviviente con los ojos abiertos. Alternativamente sugiera al sobreviviente que puede abrir los ojos ocasionalmente para orientarse en su entorno durante la relajación y luego cerrar los ojos nuevamente cuando pueda.

Si el sobreviviente tiene una lesión que pueda exacerbarse con la tensión muscular puede enseñarle a relajar los músculos afectados sin realizar ninguna tensión.

REALICE UNA GRABACION DEL PROCEDIMIENTO DE RELAJACION Y ENTRÉGUESELO AL SOBREVIVIENTE. ANIME AL SOBREVIVIENTE A PRACTICAR LA RELAJACION ENTRE SESIONES.

Para empezar a enseñar la relajación muscular profunda diga al sobreviviente que el o ella estarán relajando un número de grupos musculares incluyendo el cuello, hombro, brazos, manos, piernas, dedos de los pies. Pregunte al sobreviviente si tiene algunos músculos que se sientan particularmente tensos. Preste atención extra a estos grupos musculares. Comente al sobreviviente que es importante que no desgaste los músculos durante el ejercicio. Los músculos deben tensarse alrededor del 50% de forma tal que el sobreviviente sienta la tensión pero sin estresarlos.

Cada grupo muscular será tensado y relajado dos veces. Permita alrededor de 10 segundos para la fase de tensión y 30 para la fase de relajación después de haber completado cada grupo muscular. Señálele al sobreviviente que utilice los ejercicios de relajación calmada para hacer más profundo el estado de relajación. Es útil realizar comentarios que animen al sobreviviente a relajarse durante las fases de relajación tales como:

Permita a sus músculos relajarse más y más.

Deje que se vaya la tensión más y más.

Note la diferencia entre tensión y relajación.

Durante la preparación del entrenamiento de relajación revise la distribución física de la sala de terapia:

El nivel de ruido de la habitación debe ser bajo.

La iluminación de la habitación debe ser tenue pero no oscura.

Debe existir una silla cómoda en la que el sobreviviente pueda reclinarse.

Justificación para el Entrenamiento de Relajación

DELE AL SOBREVIVIENTE LAS SIGUIENTES INSTRUCCIONES

Ahora le enseñaré como manejar su ansiedad y tensión usando la relajación muscular profunda. Voy a pedirle que tense y relaje varios músculos en su cuerpo y que note los sentimientos asociados con la tensión y relajación. Al tensar y relajar sus músculos empezará a notar el contraste entre estos dos estados. Voy a grabar una cinta de este procedimiento para que lo pueda escuchar en casa.

DEMUESTRE LOS MÚSCULOS QUE HAN DE SER RELAJADOS Y EN QUE ORDEN EXPLICANDO VERBALMENTE EL MOVIMIENTO Y DEMOSTRÁNDOLO CON SU CUERPO

ABAJO HAY 6 GRUPOS MUSCULARES CON EJERCICIOS DE TENSIÓN RECOMENDADOS. LLEVE A CABO CADA EJERCICIO DE TENSIÓN (POR EJEMPLO APRIETE EL PUÑO) POR DIEZ SEGUNDOS Y LUEGO PERMITA 30 SEGUNDOS DE RELAJACIÓN. PROCEDA A CADA GRUPO MUSCULAR INDIVIDUALMENTE REPITIENDO CADA EJERCICIO DOS VECES.

MANOS Y BRAZOS

- 1 Contraiga los puños
- 2 Doble la muñeca hacia atrás
- 3 Flexione los músculos de bíceps

HOMBROS

- 4 Presione los hombros hacia atrás contra la silla
- 5 Eleve los hombros en dirección hacia los oídos

CUELLO

- 6 Incline su cabeza hacia el hombro izquierdo
- 7 Incline su cabeza hacia el hombro derecho
- 8 Con la cabeza hacia abajo presione la barbilla contra el pecho
- 9 Presione la cabeza hacia atrás contra la silla

ROSTRO

- 10 Eleve las cejas hacia la línea del cabello y abra los ojos ampliamente
- 11 Cierre los ojos lo más fuertemente que pueda
- 12 Abra la boca ampliamente en forma de O
- 13 Apriete los labios juntos

PECHO Y ABDOMEN

- 14 Inhale profundamente llenando los pulmones de oxígeno
- 15 Tense los musculos del estómago

NALGAS PIERNAS Y PIES

- 16 Apriete los musculos de las nalgas juntos
- 17 Eleve las piernas y doble los dedos de los pies hacia el cuerpo
- 18 Eleve las piernas y apunte los dedos de los pies en direccion opuesta al cuerpo
- 19 Enrosque los dedos en los zapatos

LAS SIGUIENTES INSTRUCCIONES PUEDEN APLICARSE A TODOS LOS EJERCICIOS DE RELAJACIÓN

“Ahora enfoque su atención en el puño derecho Cierre su puno imprimiendo una tension de aproximadamente el 50% no lo _____, mantégalo así (utilice una voz firme y moderada) y ahora dejelo ir (usando una voz relajante) Abandónese en esa sensación más y más note la diferencia entre tenso y relajado

DESPUÉS DE COMPLETAR CADA GRUPO MUSCULAR PRINCIPAL PIDA AL SOBREVIVIENTE QUE RESPIRE CALMADAMENTE UN PAR DE VECES PROCEDA DE ESTA MANERA A TRAVÉS DE TODOS LOS GRUPOS MUSCULARES

Ahondando el Estado de Relajación Con Imágenes Placenteras

DESPUÉS DE COMPLETAR TODOS LOS GRUPOS MUSCULARES PIDA AL SOBREVIVIENTE QUE IMAGINE UNA ESCENA QUE CONSIDERE PLACENTERA UTILIZANDO EL SIGUIENTE DIÁLOGO

Ahora que su cuerpo está relajado me gustaría que mantuviera los ojos cerrados e imaginara un paisaje que le relaja y que encuentra tranquilo Quiero que lo imagine tan vívido como pueda percibiendo el olor los sonidos los colores y texturas que le rodean Quiero que mantenga esa imagen Puede utilizarla como su santuario privado donde se puede relajar Permita que sus musculos se duerman y relájese Respire lentamente y mantenga la imagen en su mente hasta que vuelva a escuchar mi voz PAUSE ENTRE 2 3 MINUTOS

DESPUÉS DE 2 3 MINUTOS PREGUNTELE AL SOBREVIVIENTE CÓMO SE SIENTE Y FELICÍTELO POR HABER TERMINADO EL EJERCICIO SUGIÉRALE QUE UTILICE LA RELAJACIÓN DE FORMA DIARIA PARA ALIVIAR LA TENSIÓN MUSCULAR Y LA ANSIEDAD

Anexo # 6 Formulano de Jerarquías para el Acercamiento a Situaciones Seguras

Participante # _____

Fecha _____

Situación a Confrontar	EUSM
1 _____	_____
2 _____	_____
3 _____	_____
4 _____	_____
5 _____	_____
6 _____	_____
7 _____	_____
8 _____	_____
9 _____	_____
10 _____	_____

Anexo # 7 Modelo para el Acercamiento Gradual a Situaciones Seguras (Exposicion *En Vivo*)

Instrucciones

Utilice este ejemplo para ayudarse a diseñar sus tareas de exposición en vivo. Recuerde que es importante que Ud. se quede en la situación por 30 minutos o hasta que haya una disminución del 50% en sus EUSI antes y después de la exposición utilizando la hoja de tarea.

Ejemplo Ir al centro de compras

- 1 El coach lo acompaña al centro comercial y caminan juntos
- 2 El coach lo acompaña al centro comercial y se queda en un área específica del lugar mientras Ud. lo camina solo
- 3 El coach lo acompaña al centro de comercial y permanece en un área específica mientras Ud. entra en algunos establecimientos solo
- 4 El coach lo lleva en auto al centro de comercial y se queda en el estacionamiento mientras Ud. camina por el centro solo
- 5 El coach lo lleva en auto al centro de compras
- 6 Ud. va al centro comercial solo y el coach espera a que Ud. lo llame
- 7 Ud. va solo al centro comercial y no llama al coach

Anexo # 8 Escala de Unidades subjetivas de malestar (SUDS)

Sobreviviente _____

Fecha _____

Exposición # _____

Situación segura a la que se acerco _____

Instrucciones Antes de confortar la situación por favor responda a las siguientes preguntas en los espacios correspondientes

- 1 ¿Qué es lo peor que podría pasar en esta situación?
- 2 ¿Cuál es la probabilidad de que este evento suceda?
- 3 Evalúe la evidencia a favor o en contra de la probabilidad o en contra de que ocurra este evento

Puntuaciones durante la exposición en vivo

Time **EUSM**

Pre

Pos

Anexo # 9 Recuento del Trauma Formulario de Registro de EUSM

EUSM

EUSM antes del recuento _____

EUSM En el momento cumbre del recuento _____

EUSM Despues del recuento _____

Pensamientos Negativos

1

2

3

4

5

6

7

8

9

Notas del Terapeuta

Anexo # 10 Inventario de Depresión de Beck (Beck Depression Inventory BDI)

Participante
Evaluador E M
E aluació

Fecha
Puntaje
Pre-test / Post-test

Instrucciones A continuación se expresan vanas respuestas posibles a cada uno de los 21 apartados. Por favor lea cada uno de ellos cuidadosamente y marque para cada apartado la frase que mejor refleje la manera en que se ha sentido durante la semana pasada incluyendo el día de hoy

- (0) No me siento triste
 - (1) Me siento triste
 - (2) Estoy triste todo el tiempo y no me puedo quitar la tristeza de encima
 - (3) Estoy tan triste o infeliz que no puedo soportarlo
- 2** (0) No me siento particularmente desanimada acerca del futuro
- (1) Me siento desanimada acerca del futuro
 - (2) Siento que no tengo nada por lo cual mirar hacia el futuro
 - (3) Siento que el futuro no trae esperanza y nada puede arreglarse
- 3** (0) No me siento como una fracasada
- (1) Siento que he fracasado más que la mayoría
 - (2) Al ver hacia mi pasado todo lo que veo son fracasos
 - (3) Siento que soy un fracaso total como persona
- 4.** (0) Obtengo el mismo grado de satisfacción acostumbrado en las cosas que hago
- (1) Ya no disfruto las cosas como solía hacerlo
 - (2) Ya no obtengo verdadera satisfacción de las cosas
 - (3) Me siento insatisfecha o aburrida con todo
- 5** (0) No me siento particularmente culpable
- (1) Me siento culpable una buena parte del tiempo
 - (2) Me siento culpable la mayor parte del tiempo
 - (3) Me siento culpable en todo momento
- 6.** (0) No siento que esté siendo castigada
- (1) Siento que puedo estar siendo castigada
 - (2) Espero ser castigada
 - (3) Siento que estoy siendo castigada
- 7** (0) No me siento decepcionada conmigo misma
- (1) Estoy decepcionada de mi misma
 - (2) Me siento asqueada conmigo misma
 - (3) Me odio
- 8** (0) No siento que sea peor que cualquier otra persona
- (1) Me critico por mis debilidades y equivocaciones
 - (2) Me culpo todo el tiempo por mis faltas
 - (3) Me culpo por todo
- 9** (0) No tengo pensamiento acerca de hacerme daño a mi misma
- (1) Tengo pensamientos acerca de hacerme daño a mi misma pero no los llevaría a cabo
 - (2) Me gustaría hacerme daño a mi misma
 - (3) Me mataría si pudiera
- 0** (0) No lloro más de lo habitual
- (1) Llora mucho más seguido que antes
 - (2) Llora casi todo el tiempo
 - (3) Solía poder llorar pero ahora no puedo aunque lo intente

- 11 (0) No me encuentro más irritable que de costumbre
 (1) Me irrito o molesto con mayor facilidad de la acostumbrada
 (2) Me siento irritada en todo momento
 (3) Las cosas que solían irritarme ya no me irritan en lo absoluto
- 12 (0) No he perdido el interés en otras personas
 (1) Tengo menos interés en otras personas que de costumbre
 (2) He perdido la mayor parte del interés en otras personas
 (3) He perdido todo el interés en otras personas
- 13 (0) Tomo decisiones con la misma facilidad de siempre
 (1) Evito tener que tomar decisiones más de lo acostumbrado
 (2) Me cuesta mucho más tomar decisiones que antes
 (3) Ya no siento que pueda tomar decisiones
- 14 (0) No me siento con peor aspecto que antes
 (1) Estoy preocupada porque me veo más vieja y desmejorada
 (2) Siento que hay cambios en mi aspecto físico que me hacen parecer desagradable (o menos atractiva)
 (3) Me siento fea y repulsiva
- 15 (0) Puedo trabajar tan bien como antes
 (1) Necesito un esfuerzo extra para empezar a hacer algo
 (2) Tengo que esforzarme mucho para hacer cualquier cosa
 (3) No puedo trabajar en nada
- 16 (0) Duermo tan bien como antes
 (1) No duermo tan bien como antes
 (2) Me despierto unas 2 horas antes de lo normal y me resulta difícil volver a dormir
 (3) Me despierto varias horas antes de lo acostumbrado y no logro volver a dormir
- 17 (0) No me canso más de lo normal
 (1) Me canso más fácilmente que antes
 (2) Cualquier cosa que hago me fatiga
 (3) Me canso tanto que no puedo hacer nada
- 18 (0) Tengo el mismo apetito de siempre
 (1) Mi apetito no es tan bueno como antes
 (2) Mi apetito es ahora mucho menor
 (3) He perdido totalmente el apetito
- 19 (0) No he perdido peso ultimamente
 (1) He perdido más de 5 libras
 (2) He perdido más de 10 libras
 (3) He perdido más de 15 libras
- 20 (0) No me preocupa mi salud más de lo normal
 (1) Estoy preocupada por dolores y trastornos
 (2) Estoy tan preocupada por mi salud que me es difícil pensar en otras cosas
 (3) Estoy constantemente pendiente de lo que me sucede y de cómo me encuentro
- 21 (0) No he notado ningún cambio en mi atracción por el sexo
 (1) Estoy menos interesada por el sexo que antes
 (2) Estoy mucho menos interesada por el sexo que antes
 (3) He perdido todo mi interés por el sexo

Anexo # 11: Herramienta de Evaluación / Historia Psicológica

Herramienta de Evaluación / Historia Psicológica

Información personal/demográfica

Clave interna:

Nombre:

Proveedor primario:

Fecha de Nacimiento:

Edad:

Sexo:

Etnicidad:

Estado civil:

Número de matrimonios:

Si casada/ divorciada/ separada/ viuda, desde hace cuanto?:

Ocupación/Grado (si estudiante):

Nivel académico alcanzado:

Religión:

Ciudad de residencia:

Motivo principal de intervención:

Diagnostico DSM-IV (previo/actual):

Notas adicionales:

Miembros de la familia/convivientes en el hogar:

Nombre	Relación	Edad	Ocupación/Escolaridad

Miembros de la familia/convivientes fuera del hogar

Nombre	Relación	Edad	Ocupación/Escolaridad

Niños

Nombre	Edad	Viven en el hogar?

(Incluir genograma)

Atención psicológica/psiquiátrica previa (tratamiento/medicación)**Historia médica****Accidentes****Uso de tabaco/alcohol/drogas****Enfermedades en la infancia****Enfermedades previas/actuales****Discapacidades****Historia familiar****Enfermedades mentales****Desórdenes médicos****Abuso de sustancias**

(Anotar quien en la familia padece el problema/desorden)

Clasificación DSM-IV Multiaxial:

Eje I:

Eje II:

Eje III:

Eje IV:

Eje V: EEAG Actual:

EEAG Admisión:

EEAG Seguimiento:

Herramienta para la Evaluación Etnocultural:

Nivel más alto de educación:

Lee/escribe?

Problemática principal:

El problema ha ocurrido anteriormente?

De ser así, como fue manejado?

Modo habitual de manejar el estrés?

Quien/es conforman el sistema de soporte?

Disposición de la vivienda (describir):

Tomador de decisiones en la familia:

Roles de los miembros de la familia en la familia:

Creencias y prácticas religiosas:

Existen requerimientos o restricciones religiosas?

Percepción del paciente acerca del problema, expectativas de solución y desenlace:

Herramientas para la evaluación del maltrato:

Ciclo de maltrato (especificar fase actual):

Fase I (tensión en aumento):

Fase II (maltrato agudo):

Fase III (calma):

Situación actual/anterior:

Situación actual:

Situación anterior:

Historia clínica:

Historia familiar:

Infancia:

Escolaridad y niñez tardía:

Adolescencia:

Adulthood: